

様式第 2 5 号（第 2 4 条関係）

あん摩・マッサージ施術同意書					
患 者			住 所		
			氏 名		
			生 年 月 日	年 月 日	
傷 病 名			診 療 開 始 日	年 月 日	症 状 経 過
			転 帰	年 月 日 中 止 繰 越	
意 見	施 術	種 別	あん摩・マッサージ・変形徒手矯正術		
		範 囲	頭から尾頭までの身幹・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢		
		回 数	1 週間 回程度		
	往 療	必要とする ・ 必要としない			
有 効 期 間			年 月 日から 年 月 日まで		
上記の診断の結果、頭書の傷病によりあん摩・マッサージの施術に同意する。 年 月 日 保険医療機関名 所 在 地 保 険 医 氏 名 ※ 署名又は記名押印をしてください。					