（保険者提出用）

診　断　同　意　書

（マッサージ療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日
傷　病　名		
発症年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日	
症　状 （主訴を含む）	１．筋麻痺 ２．関節拘縮 ３．その他 （　　）	
施術部位	1.躯幹　2.右上肢　3.左上肢　4.右下肢　5.左下肢	
往療の有無	往療を　①要する　②要しない	
施術の種類	マッサージ　・　変形徒手矯正術	

上記の者診断の結果、施術に同意する。

平成　　年　　月　　日

保険医療機関名

（療養取扱医療機関）

所　　在　　地

保 険 医 氏 名　　㊞

（国民健康保険医）