

(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. 軀幹 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) ㊟		