

診断同意書

(マッサージ用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
傷病名		
発病年月日	昭和・平成 年 月 日	
症状 (主に訴を含み)		
施術の種類	1. マッサージ () 局所の施術に同意する 2. 温罨法に同意する 3. 変形徒手矯正術 () 肢に同意する	
往療	(必要とする理由) 1. 歩行困難 2. その他 ()	
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 所在地 保険医氏名		