同　意　書（あんま・マッサージ用）

患　　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
傷　病　名		
発病年月日	年　　月　　日	
初診年月日	年　　月　　日	
施術の種類 （○で囲んでください）	１．マッサージ（体幹・右上肢・右下肢・左上肢・左下肢）	
	２．変形徒手矯正術（右上肢・右下肢・左上肢・左下肢）	
	３．温罨法　　４．電気光線	
施術を必要と 認めた期間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日	
往療の必要性の 有無とその理由	必要とする　　必要としない　（○で囲んでください）	
	（理由）	

上記により施術を受けることに同意します。

年　　月　　日

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所　　在　　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保 険 医 氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞