中部電力健康保険組合

|  |
| --- |
| **同意書** （あん摩・マッサージ用） |
| 患者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 傷病名 |  |
| 発病年月日 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 同意区分 | 　　　初回の同意　・　再　同　意　　（○をつけて下さい） |
| 診察日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 症 状 | 筋麻痺 | （筋麻痺のある部位に○をつけて下さい）躯幹　　右上肢　　左上肢　　右下肢　　左下肢 |
| 関節拘縮 | （関節拘縮のある部位に○をつけて下さい）右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　　その他左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　　　　　　） |
| その他 | （具体的に記載してください） |
| 施術の種類施術部位 | マッサージ | 躯幹　　右上肢　　左上肢　　右下肢　　左下肢 |
| 変形徒手矯正術 | 右上肢　　左上肢　　右下肢　　左下肢 |
| 往療 | １．必要２．不要 | 医療機関への受診方法が通院であるのに施術について往診を要する場合の具体的理由 | 医療機関受診方法 | １．往診２．通院 |
| 要加療期間 |  |
| 上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。令和　　　年　　月　　日保険医療機関名医療機関コード所在地電話番号保険医氏名 　　 　　　　　　　　　㊞ |
|