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 　　 　　　　　　　　　㊞ | | | | |
|