同　意　書　（あん摩・マッサージ療養費用）

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日
傷　病　名		
発病年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日	
症　　状	1．筋麻痺 2．関節拘縮 3．その他（　　）	
施術の種類	1．マッサージ　　2．変形徒手矯正術	
施 術部 位	1．躯幹　2．右上肢　3．左上肢　4．右下肢　5．左下肢	
往　　療	1．必要とする　2．必要としない	

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。

平　成　　年　　月　　日

保険医療機関名

所　　在　　地

保 険 医 氏 名　　㊞

サッポロビール健康保険組合