鍼灸･マッサージ施術同意書

(療養費支給請求用)

患者	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	住所	
傷病名	鍼灸 適応	□①神経痛　□②リウマチ　□③頚肩腕症候群 □④腰痛症　□⑤五十肩　□⑥頚椎捻挫後遺症 □その他　（　　）
	マッサージ 適応	施術部位　□体幹部　□右上肢　□左上肢　□右下肢　□左下肢
発症年月日	年　　月　　日	
施術の種類	□ 鍼・灸 □ マッサージ □ 温罨法、温熱療法 □ 変形徒手矯正術　（　　）肢	
	□　往療施術(必要理由：　　)	
施術期間	年　　月　　日から　□ ３ヵ月 □ ６ヵ月 （　　ヶ月）	

上記の者、診断の結果、頭書の疾患により鍼灸マッサージの施術に同意する。

年　　月　　日

保険医療機関名
所　在　地
保険医　氏　名

㊞