

(保険者提出用)

診断同意書

(マッサージ療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
傷病名		
発症年月日	昭和・平成 年 月 日	
症状 (主訴を含む)	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 []	
施術部位	1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左上肢	
往療の有無	往療を 要する ・ 要しない	
施術の種類	マッサージ ・ 変形徒手矯正術	
上記の者 診断の結果、施術に同意する 平成 年 月 日		
保険医療機関名 (療養取扱医療機関)		
所在地		
保険医氏名 (国民健康保険医)		
印		