

施術に係る同意書(はり・きゅう・マッサージ)

組合員証番号		枝番	0	0	組合員氏名	
療養者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	療養者氏名	
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症					
傷病名 (マッサージ)						
症状 (マッサージ)	マヒ・関節拘縮・または()のため歩行困難					
施術部位 (マッサージ)	全身(全身とは四肢と体幹の5カ所) ・ 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・体幹					
発病年月日	年 月 日			初診年月日	年 月 日	
施術に同意 した理由	(※病状及び経過も含めて具体的に記入してください。)					
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけてください)					
施術を必要と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
上記の期間内 に施術を受け る必要回数	_____ 回程度			往療の可否	必要とする 往 療 を 必要としない	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により鍼灸・マッサージの施術に同意する。 年 月 日 所在地 名称 氏 名 電 話						
注意事項	1 「施術を必要と認めた期間」は、6か月を限度として同意書を交付してください。 2 「はり・きゅう」の施術と医療機関との併行治療はできません。					