

施術に係る同意書(はり・きゅう・マッサージ)

組合員証番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 10%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>											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か所) ・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			往療の要否	往 療 を			必要とする 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。															