

同意書

栃木ウェルフェアサービス

(マッサージ療養費用)

患者	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
傷病名				
症状				
歩行		困難	不可能	
発病または負傷年月日		年 月 日	不詳	
施術の種類		1.マッサージ	2.温罨法	
施術の部位		体 幹 ・ 右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢		
往療		必要とする	必要としない	
施術を必要と認めた期間		平成 年 月 日	～	平成 年 月 日

上記のとおり施術を受けることに同意する。

平成 年 月 日

住所

保険医 氏名

電話 () —