施術同意書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 |  | 施術を受けようとする者 | 氏名 | 男・女 |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 傷病名 |  | | 発病年月日 | 年　　月　　日 |
|  | | 療養の給付開始年月日 | 年　　月　　日 |
|  | | 転帰 | 年　月　日治ゆ、中止、繰越 |
| 症状及び治療の概要 |  | | | |
| 同意する理由 |  | | | |
| 施術の種類 | はり、きゅう、マッサージ、温あん法、変形徒手矯正術 | | | |
| 施術の部位 | 身幹、右上肢、左上肢、右下肢、左下肢 | | | |
| 施術を必要と認めた期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで　ただし、同意の日から３か月を限度とする。 | | | |
| 徒手矯正の施術期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで　ただし、同意の日から21日以内とする。 | | | |
| 往療の要否 | 必要とする　　　　必要としない | | | |
| 備考 |  | | | |
| 上記により施術を受けることに同意します。  　　　　　　　年　　月　　日  所在地  医療機関　名　称  医　師　　　　　　　　印 | | | | |