

同 意 書

患 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 平成	年	月	日	男 ・ 女			
傷 病 名									
症 状	麻 痺 関節拘縮 その他（具体的に）								
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年	月	日	医 師 初 診 年 月 日	年	月	日		
同 意 する 部 位 及 び 施 術 の 種 類	【麻痺や拘縮している側にかかわらず、施術が必要と思われる部位に印をお付けください】								
	体 幹	<input type="checkbox"/>	マッサージ	<input type="checkbox"/>	温罨法	<input type="checkbox"/>	電気光線		
	右上肢	<input type="checkbox"/>	マッサージ	<input type="checkbox"/>	変形徒手矯正	<input type="checkbox"/>	温罨法	<input type="checkbox"/>	電気光線
	左上肢	<input type="checkbox"/>	マッサージ	<input type="checkbox"/>	変形徒手矯正	<input type="checkbox"/>	温罨法	<input type="checkbox"/>	電気光線
	右下肢	<input type="checkbox"/>	マッサージ	<input type="checkbox"/>	変形徒手矯正	<input type="checkbox"/>	温罨法	<input type="checkbox"/>	電気光線
	左下肢	<input type="checkbox"/>	マッサージ	<input type="checkbox"/>	変形徒手矯正	<input type="checkbox"/>	温罨法	<input type="checkbox"/>	電気光線
施 術 を 必 要 と 認 め る 期 間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 迄								
期 間 中、必 要 と 思 わ れ る 施 術 回 数	<input type="checkbox"/> 毎日		<input type="checkbox"/> 月 20 回程度		<input type="checkbox"/> 月 10 回迄				
往 療 の 可 否	<input type="checkbox"/> 認めない <input type="checkbox"/> 認める 【理由 <input type="checkbox"/> 歩行不能なため <input type="checkbox"/> 自力歩行(通院)困難なため】								
上記の通り施術を受ける事に同意する。 平成 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 (療養取り扱い医療機関) _____ 所 在 地 _____ 保 険 医 氏 名 (国民健康保険医) _____									



- ※ ・ 必要な箇所に○若しくは✓で印をつけてください。
 ・ 同意期限は3ヶ月を限度とし、3ヶ月（変形徒手矯正は1ヶ月）以上にわたって施術の必要が生じたときは、そのつど同意書を交付してください。