





# 同意書 (あんま・マッサージ療養費用)

患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日
傷 病 名					
発 病 年 月 日	昭・平	年	月	日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ( )				
初診にて同意を行った 場合における特記 (該当する場合のみ)	※初診にて同意を行った場合は、同意は主治の医師が行うという観点から、同意に至った特段の理由をお書きください。(例：前医からの情報提供)				
施 術 の 種 類	1. マッサージ	軀幹	右上肢	左上肢	右下肢 左下肢
※療養が必要な部位のみ 選択して下さい	2. 変形徒手矯正術	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
往 療	1. 必要とする                      2. 必要としない				
	必要とする理由：				
※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由(移動することで症状が悪化するなど)がある場合等が該当となります。					
<p>上記の者については、診察の結果、療養のための医療上のあんま・マッサージが必要と認め、あんま・マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成            年            月            日</p> <p style="margin-left: 40px;">保 険 医 療 機 関 名</p> <p style="margin-left: 40px;">所 在 地</p> <p style="margin-left: 40px;">保 険 医 氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 40px;">印</p>					

# 往療内訳書

平成 年 月分

施術者氏名 施術所(者)住所	施術所から 患家までの 距離
被保険者氏名 被保険者住所	

	出発地名	出発地住所	距離	備考
1日				
2日				
3日				
4日				
5日				
6日				
7日				
8日				
9日				
10日				
11日				
12日				
13日				
14日				
15日				
16日				
17日				
18日				
19日				
20日				
21日				
22日				
23日				
24日				
25日				
26日				
27日				
28日				
29日				
30日				
31日				

# 記入例

## 往療内訳書

平成 年 月分

施術者氏名	大分 太郎	下記の被保険者について主として 施術を行った施術者の氏名
施術所(者)住所	大分市東春日町17番20号	
被保険者氏名	広域 花子	患家までの 距離
被保険者住所	大分市〇〇〇町〇〇〇番〇〇〇号	
		5 <sup>キロ</sup>

	出発地名	出発地住所	距離	備考
1日				
2日				
3日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	
4日				
5日				
6日				
7日				
8日				
9日				
10日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	大分 花子
11日				
12日				
13日				
14日				
15日				
16日				
17日	前患者	大分市×××町×××番×××号	2	
18日				
19日				
20日				
21日				
22日				
23日				
24日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	
25日				
26日				
27日				
28日				
29日				
30日				
31日	施術所	大分市東春日町17番20号	5	

住所は保険証の住所を記入。  
施術をした住所が、保険証の住所と異なる場合は、  
施術をした住所も併せて記入。

上記の施術者と異なる施術者が施術を行った場合は、備考欄に記入。