

同意書

(マッサージ療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	和暦 年 月 日
傷 病 名		
発病年月日	和暦 年 月 日	
症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他	
施術の種類	1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術	
施 術 部 位	1. 軀幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢	
往 療	1. 必要とする 2. 必要としない	

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。

ファイザー健康保険組合理事長殿

和暦 年 月 日

保険医療機関名

所 在 地

保 険 医 氏 名

印

ファイザー健康保険組合