保　険　施　術　同　意　書

<table>
<tr><td rowspan="2">組　合
員　証</td><td>記号</td><td>公 立 鹿</td><td rowspan="2">受診者氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">傷　病　名</td><td colspan="2">あんま・マッサージ</td><td colspan="2">はり・きゅう</td></tr>
<tr><td colspan="2">（麻痺に対する施術）

（骨関節運動障害に対する施術）</td><td colspan="2">神経痛　頸腕症候群
リュウマチ
頸椎捻挫後遺症　五十肩
腰痛症</td></tr>
<tr><td>発病年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>初診年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>症　　状
所　　見</td><td colspan="4">（詳細に記入してください。）</td></tr>
<tr><td>部　　位
（マッサージの場合）</td><td colspan="2"></td><td>往療の
要　否</td><td>要・否</td></tr>
<tr><td>施術の種類</td><td colspan="4">①は　り　②きゅう　③はり及びきゅう　④マッサージ　⑤変形徒手矯正術</td></tr>
</table>

上記のとおりはり師、きゅう師、あんまマッサージ指圧師の施術を受けることに同意する。

平成　　年　　月　　日

所在地

保険医療機関　名　称

医師氏名　　印

〔整理番号　３５〕