

診 断 同 意 書

患者

住所

氏名

生年月日

明治・大正
昭和・平成

年 月 日

傷 病 名

症状
(主訴を含む)

往療の有無

往療を ① 要する ② 要しない

発病年月日

昭和・平成 年 月 日

施術の種類

マッサージ・変形徒手矯正術・温電法

上記の者診断の結果、施術に同意します。

平成 年 月 日

医師 住所・氏名