様式第11

|  |
| --- |
| 施術同意書 |
| 　 | 被保険者証の記号番号 | 　 | 施術を受けようとする者 | 氏名 | 男・女 | 　 |
| 生年月日 | 明治大正昭和 | 年　　月　　日生 |
| 傷病名 | 　 | 発病年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 療養の給付開始年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 転帰 | 　　　年　月　日 | 治ゆ、中止、繰越 |
| 症状及び治療の概要 | 　 |
| 同意する理由 | 　 |
| 施術の種類 | 　 |
| 施術の部位 | 　 |
| 施術を必要と認めた期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで | ただし、同意の日から3か月を限度とする。 |
| 徒手矯正の施術期間 | 　　　年　月　日から　　　年　月　日まで | ただし、同意の日から21日以内とする。 |
| 往療の要否 | 必要とする　　　　　必要としない |
| 備考 | 　 |
| 上記により施術を受けることに同意します。　　　　　　　年　　月　　日所在地　　　　　　　　　　　医療機関　名称　　　　　　　　　　　医師　　　　　　　　　　㊞ |
| 　 |

(B5)