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)