

第12号様式(第12条関係)

施 術 同 意 書				
被保険者証の 記号番号	島69 -	施術を 受けよ うとす る者	氏 名	男 女
			生年月日	年 月 日生
傷 病 名			発病年月日	平成 年 月 日
			療養の給付 開始年月日	平成 年 月 日
			転 帰	平成 年 月 日 治ゆ・中止・繰越し
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 認められた期間	平成 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 機 関	平成 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				
<p>上記により施術を受けることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地 医療機関 名称 医 師</p> <p style="text-align: right;">印</p>				