

先生御侍史

医院・病院さま

同意書の御願い

日頃よりお世話になります、このたびは

患者名_____さまが、

傷病名_____による1.筋麻痺 2.関節拘縮 3.その他(症状)

より マッサージ・変形徒手矯正術 の保険治療をご希望されています。

施術部位 1 全身 2 躯幹 3 右上肢 4 左上肢 5 右下肢 6 左下肢

往診の件、ご本人様より1 歩行不可 2 歩行困難 3 その他_____のため往診を希望されております。故、宜しく御願ひします。

尚、同意書交付につきましては「療養費同意書交付料」が算定いただけます。

先生にはご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、ご高診の上、保険者指定の同意書をご交付賜りたく、患者さん共々お願い申し上げます。

兵庫県鍼灸マッサージ師会 会員

マーレ・鍼灸マッサージ

鍼灸・マッサージ師 河村 天人

665-0045 宝塚市光明町 2-5-501 0797-77-0041