

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 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩

5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他 \_\_\_\_\_ により

鍼灸治療を保険治療で希望されておられます。

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