

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 躯幹 2 右上肢 3 左上肢 4 右下肢 5 左下肢

往診の件、ご本人様より 1 歩行困難 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、宜しく御願いたします。

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。

治療所名 _____

住 所 _____

施術者名 _____