

マッサージ施術に係る 同意書発行のご依頼

御担当医 御机下

日夜ご診務にご活躍頂き心より敬服いたしております。

この度、下記の患者様より、医療保険による在宅でのマッサージ施術を希望する旨のご相談ございました。先生にはご多忙の処、誠に恐縮ですが、ご高診の上、別紙同意書のご交付を賜りたく患者様共々お願い申し上げます。

尚、同意書交付に係る診療報酬は100点です。（「B013」療養費同意書交付料）
又、医療とマッサージ施術の併用は可能となっております。

私たちは、治療の経過につきまして適時先生にご報告し、ご指導を頂きつつ、安全かつ適切な治療を行ってまいりますので、よろしくお願い致します。

平成 年 月 日

〒194-0041 東京都足立区千住宮元町 27-3
TEL : 03-3888-2231 FAX : 03-3888-3951
株式会社 孫の手倶楽部
訪問マッサージ 城東営業所

患者住所 _____

患者氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生

主訴及び症状 _____