

## 御依頼書

平成 年 月 日

御担当医 御机下

拝啓

平素は私共の訪問リハビリマッサージ施術にご理解いただきまして、誠にありがとうございます。  
この度、下記の患者様のご希望により、マッサージを担当させていただくことになりました。  
患者様が、健康保険による往療マッサージを希望いたしておりますので、ご高診を賜り別紙同意書  
にご同意下さいますようお願い申し上げます。

つきましては、マッサージの支給対象は「一律に、筋萎縮・関節拘縮などの症状であって、  
医療上マッサージの効果が認められるもの」であり、医療との併用は可能となっております。  
同意所にチェックを記入し同封いたしましたので、ご参考の上ご記述していただければ幸いと存じます。  
ご同意後の施術に関しましては、当院の責任において担当させていただきます。  
尚、診療報酬明細書に同意書交付時には「同意書交付料」が算定(100点)できることになってお  
ります。  
今後とも、何卒よろしく願いいたします。

記

患者氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

担当マッサージ師 \_\_\_\_\_ 長尾 正 \_\_\_\_\_

国家資格免許登録番号 \_\_\_\_\_ 第 9492 号 \_\_\_\_\_

〒571-0011 門真市脇田町 24-1  
訪問マッサージ やかわ  
担当 矢川 公賢  
TEL: 06-4861-3176