

往療料申請意見書(あはき療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
患者の 歩行、 通院、 介助の 状況	歩行	自立 杖等を利用 車椅子(操作:可・不可) 歩行不可
	通院	徒歩 公共交通機関利用 タクシー 自家用車運転 家族等の送迎 その他()
	介助	無し 有り(家族 施設職員 その他())
往療を必要とする理由	(往療について、歩行、通院、介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください)	

患者の状況について確認し、事実の通り記載いたしました。

施術師(施術師本人の自署に限る)