

往療料申請意見書 (あはき療養費用)

患者	住所	〇〇市〇〇字〇〇12			
	氏名	〇〇 〇〇			
	生年月日	明治・大正・ <u>昭和</u> 16年10月1日 (75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)	<u>歩行不可</u>
	通院	徒歩	公共交通機関利用	タクシー	自家用車運転
		<u>家族等の送迎</u>	その他()		
介助	無し	<u>有り</u>	<u>家族</u>	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)

〇 〇 〇 〇 印