

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 車椅子（操作：可・不可） 杖等を利用 歩行不可
	通院	徒歩 タクシー 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、事実のとおり記載いたしました。

施術師（施術師本人の自署に限る）