

\_\_\_\_\_様に係る回数制限を超えて行う疾患別リハビリテーション選定療養の提供開始に当たり、患者様の治療に対する意欲を高める必要があること、医学的にみて必要性があることなどについて、患者様並びにご家族様に対してサービス内容・選定療養費（運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に準じて1単位につき、1,700円、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に準じて1単位につき、2,350円）について説明しました。

説明日 平成 年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_ ㊟

回数制限を超えて受ける疾患別リハビリテーションの利用に当たり、担当者より説明を受け、内容確認し、選定療養費の支払いについて同意致します。

平成 年 月 日

医療法人社団 ○○会  
○○○○病院  
院長 ○○ ○○ 様

住 所 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

住 所 \_\_\_\_\_

保証人（家族氏名） \_\_\_\_\_ ㊟