

施術者記入欄

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|---------------|---|----------------------|----------------------------|---------------|------------------------|
| 施術 内容 欄 | 初療年月日 | | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | |
| | 平・ 令 X年 X月 X日 | | 自:平・ 令 X年 X月 X日 ~ 至:平・ 令 X年 X月 X日 | | 3日 | 新規 ・継続 | |
| | 傷病名または症状 | | 脳梗塞による半身麻痺 | | | 転帰 | |
| | マッサージ | | 躯幹 | 340円 × | 3回 = | 1,020円 | 継続 ・治癒 中止・転医 |
| | | | 右上肢 | 340円 × | 3回 = | 1,020円 | |
| | | | 左上肢 | 円 × | 回 = | 円 | 摘要 |
| | | | 右下肢 | 円 × | 回 = | 円 | |
| | | | 左下肢 | 円 × | 回 = | 円 | |
| | 変形徒手矯正術 | | 円 × | 肢 × | 回 = | 円 | |
| | 温罨法 | | 円 × | | 回 = | 円 | |
| | 温罨法・電気光線器具 | | 110円 × | 3回 = | 330円 | | |
| | 往療料 | 4km まで | 円 × | | 回 = | 円 | |
| 4km 超 | | 円 × | | 回 = | 円 | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給:令和 年 月分) | | 円 × | | 回 = | 円 | | |
| 合計 | | 2,370円 | | | | | |
| 施術日 | 通院○ 往療○ | X月 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | | |
| 施術 証明 欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 | | 住所(所在地) | | 〒0000-0000 00県00市00町123 | | |
| | 免許登録番号(あん摩・マッサージ指圧師) 000000 | | 施術所名 | | 00あん摩・マッサージ会 | | |
| | | | 氏名 | | 按摩 太郎 | | |
| | | | 電話 | | 000-000-0000 | | |
| 医師 の 同意 記録 | 同意医師の氏名 | | 同意医師の住所(医療機関名) | | 同意年月日 | | |
| | 医師 花子 先生 | | 00県00市00町4-5-6 0000病院 | | 平・ 令 X年 X月 X日 | | |
| | 傷病名 | | 要加療期間 | 同意書有効期限 | | 摘要 | |
| | 脳梗塞後遺症 | | 3ヵ月 | 平・ 令 X年 X月 X日 | | | |

領収書および医師の同意書をつけて申請してください。

同意書は6ヵ月毎に提出してください。

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名(サイン)を記載してください(従来通りの訂正印も可)