

あん摩マッサージ指圧師記入欄

患者氏名																
傷病名 又は症状																
初療年月日	平・令	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止								
施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要			
施術料	マッサージ(施術料)	同意部位	(躯幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)									
		施術回数	回	回	回	回	回									
	通所			円 ×	回 =	円										
	訪問施術料 1			円 ×	回 =	円										
	訪問施術料 2			円 ×	回 =	円										
	訪問施術料 3(3人~9人)			円 ×	回 =	円										
	訪問施術料 3(10人以上)			円 ×	回 =	円										
	温 罨 法(加算)			円 ×	回 =	円										
	温罨法・電気光線器具(加算)			円 ×	回 =	円										
	施術内容	変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可	同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)									
		施術回数	回	回	回	回										
		円 ×	回 =	円												
特別地域(加算)			円 ×	回 =	円											
往 療 料			円 ×	回 =	円											
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円 ×	回 =	円											
合 計						円										
施術日	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														
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。(明細書も添付してください)																

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日

あん摩マッサージ指圧師

住 所

氏 名

電話番号 ()

保健所登録区分 (施術所所在地 出張専門施術者住所地) 免許登録番号 ()