

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 内容	マッサージ					円×	局所×		回×		円			
		変形徒手矯正術					円×	肢×		回×		円			
		温巻法					円×			回×		円			
		温巻法・電気光線器具					円×			回×		円			
		往療料 4 km まで					円×			回×		円			
		往療料 4 km 超					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 ( <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地 ) 免許登録番号 ( )															