

## あんま、マッサージ施術内容明細

あんま、マッサージ師証明欄 ※訂正される場合は、下記氏名欄に押された印鑑を訂正印として必ず押してください。

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名
初療年月日	平成 年 月 日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続   転帰 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医
施術期間	(自)平成 年 月 日 ~ (至)平成 年 月 日 日間		
傷病名	発病又は負傷の原因及びその経過		
施術内容欄	マッサージ	躯幹	円 × 回 = 円
		右上肢	円 × 回 = 円
		左上肢	円 × 回 = 円
		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		円 × 回 = 円
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 × 回 = 円	
※往療料 2kmまで / 4kmまで		円 × 回 = 円	
加算 ( km) / 4km超		円 × 回 = 円	
合計		円	
施術日 通院○ 往療◎	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	
摘要欄	※往療がある場合は、往療料の計算のわかる明細と往療を必要とする理由を記入してください。		

上記のとおり施術を行いました。

平成 年 月 日

保健所登録区分    施術所所在地    出張専門施術者所在地

あんま  
マッサージ指圧師

住所 \_\_\_\_\_ 電話 (   ) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 施術者登録番号 \_\_\_\_\_