

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、あんま、マッサージ師のサイン(氏名)をご記入ください。

記号	番号	被保険者氏名	受診者氏名
初療年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 ~ (至) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	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、往療状況確認表を記入し、添付してください。		

上記のとおり施術を行いました。

令和 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 _____ TEL _____ () _____

氏名 _____ 施術者登録番号 _____