

あんま、マッサージ施術内容明細

あんま

マッサージ師施術証明欄

※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		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"/> 中止	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 転医																					
施術期間		(自) 令和 年 月 日 ~ (至) 令和 年 月 日 日間																														
傷病名 及び症状		発病又は負傷の原因 及びその経過																														
施 術 料	マッサージ(施術料)					同意部位 施術回数	(躯幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下足) 回	(左下肢) 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																										
	変形徒手矯正術 (加算)					円 × 肢 × 回 = 円																										
	温 罨 法 (加算)					円 × 回 = 円																										
	温罨法・電気光線器具 (加算)					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																																
通所○ 訪問1①		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◎ 訪問2②																																
訪問3③																																
月																																
摘要欄		※往療又は訪問での施術をしている場合は、その理由を詳しくご記入ください。																														

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 _____ 免許登録番号 _____