

施術内容明細書（令和 年 月分）（あんま・マッサージ用）

受療者の情報	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○発症又は負傷の原因及びその経過																												
	記号 番号		平成・令和 年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			○業務上・外、第三者行為の有無																												
		男・女			1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																												
昭・平・令 年 月 日生		続柄	1. 本人 2. 家族()		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																												
施術内容欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分																										
	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日	新規・継続																										
	傷病名及び症状						転帰																										
							継続・治癒・中止・転医																										
	施術内容欄	マッサージ（施術料）		同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																							
				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 電 法 (加 算)		円×		回=		円																											
温電法・電機光線器具 (加 算)		円×		回=		円																											
変形徒手矯正術 (加算) ※温電法との併施は不可		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																											
費 用 額 計						円																											
施術日	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()																																	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																保健所登録区分				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地													
令和 年 月 日																〒				(TEL)													
住所																																	
あん摩マッサージ指圧師																住所				住所													
免許登録番号																住所				住所													
住所																																	
同意医師の氏名																住所				同意年月日													
住所																				令和 年 月 日													
傷病名																				要加療期間													
要加療期間																																	