

あんま・マッサージ指圧師記入欄

患者氏名																															
傷病名 及び症状																															
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	施術料	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）																						
				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・電気光線器具（加算）		円 × 回 = 円																											
		変形徒手矯正術（加算） ※ 温電法との併給は不可		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																											
合 計		円																													
施術日（通所 ○ 往療 ◎ 訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③ ）																															
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
往療又は訪問の理由 <input type="checkbox"/> 独歩による公共交通機関を使っの外出困難 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ ）																															
施術した場所（入居施設や住所地特例等、住民票住所地と異なる場合に記載）																															
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																															
あんま・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（ ）																															

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（サイン）をご記入ください。