

施術内容証明書 (令和 年 月分) (あん摩・マッサージ)

○被保険者証等の記号番号		○療養を受けた者の氏名		○生年月日		区分																										
—				昭・平・令 年 月 日生		本人・家族																										
初療年月日		施術期間			実日数		請求区分																									
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																									
	温罨法(加算)		円×		回=		円																									
	温罨法・電気光線器具(加算)		円×		回=		円																									
	変形徒手矯正術(加算)		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																									
	※温罨法との併施は不可		施術回数	回	回	回	回																									
	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()																		
施 術 証 明 欄	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. 出張専門施術者所在地																										
	令和 年 月 日			〒 —																												
				施術所		住所																										
	免許登録番号			施術管理者		氏名																										
			あん摩マッサージ指圧師		電話																											
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間																								
				令和 年 月 日																												