

あんま・マッサージ用施術内容報告書

受診者氏名

初療年月日	年 月 日															
施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日															
診療月	月							診療日数				日				
施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
※通所 往療 訪問1 訪問2 訪問3 にて記入	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	①	②	③													
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
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、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()															
傷病名及び症状																
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 あり	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・電機光線器具 (加算)				円 ×	回 =	円									
	変形徒手矯正術 (加算) ※温罨法との併施は不可		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								
費用額計 (10割負担の額)								円								

※複数月の記入はできません。一ヶ月分ごとに記入をお願いします。
 ※金額等の詳細が不明な場合は、施術を受けられた整骨院等へ確認のうえ記入してください。
 ※この様式でなくても、上記施術料金の内訳が分かるものであれば代用可能です。