

# あんま・マッサージ用施術内容報告書

受診者氏名

倉庫 花子

初療年月日	R1 年 5 月 2 日																
施術期間	R6 年 10 月 5 日 ~ R6 年 10 月 28 日																
診療月	10 月							診療日数	5 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					○						○						
	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	脳梗塞による筋麻痺																
施術料	マッサージ (施術料)		同意部位	躯幹	右上肢	左上肢	右下肢	左下肢									
			施術回数	回	5 回	5 回	5 回	5 回									
			1肢1回につき450円が基準額となります → 1,800 円 × 5 回 = 9,000 円														
	訪問 施術 あり	訪問施術料 1				円 ×		回 =									
		訪問施術料 2				円 ×		回 =									
		訪問施術料 3 (3人~9人)				円 ×		回 =									
		訪問施術料 3 (10人以上)				円 ×		回 =									
	温罨法 (加算)				円 ×		回 =										
	温罨法・電機光線器具 (加算)				円 ×		回 =										
	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										
		施術回数	5 回	5 回	5 回	5 回											
		1肢1回につき470円が基準額となります → 4肢 × 470 円 × 5 回 = 9,400 円															
特別地域 (加算)				円 ×		回 =											
往療料				円 ×		回 =											
施術報告書交付料 (前回支給 R6 年 9 月分)		施術報告書交付料を支払った際は、 施術報告書の写しを必ず添付してください。 → 480 円															
費用額計 (10割負担の額)		18,880 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。