

施術録

(平成 年 月 分)

割負担	負担者番号
	受給者番号

施術を受けた者				被保険者・組合員									
氏名	性別	氏名	性別										
ふりがな	続柄	ふりがな											
生年月日	年齢	生年月日	年齢										
郵便番号	電話番号	郵便番号	電話番号										
住所①		住所①											
住所②		住所②											
保険者	番号	事業所	名称										
	名称		所在地										
	所在地	記号	番号										
		資格取得日	有効期限										
負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始日	施術終了日	回数	転帰	日	施術の種類	料金	負担金			
1.							1						
2.							2						
3.							3						
4.							4						
5.							5						
							6						
							7						
程度・経過など				施術の種類・その他				8					
				整復・固定・施療・後療・冷罨法・温罨法・電療 固定期間 月 日～ 月 日 固定材料 前医(他医療機関等) 有・無 月 日～ 月 日(病院・整骨院)				9					
								10					
								11					
								12					
								13					
								14					
								15					
								16					
								17					
								18					
								19					
								20					
								21					
								22					
								23					
								24					
								25					
								26					
								27					
								28					
								29					
								30					
								31					
負傷の原因								料金					
				同意医師				初検料					
				長期継続理由				再検料					
								初検加算					
								往 療	km	回			
								暴風雨雪		回			
								金属副子等					
								施術情報					
初回検査時相談内容								相談支援料					
								部 整 後 冷 温 電 料 金					
								1					
								2					
								3					
								4					
								5					
労務不能に関する意見								施 術 合 計					
負傷名	意見書に記入した労務不能期間			意見書交付	摘要			一部負担金					
	自 年 月 日～至 年 月 日 日間			年 月 日									
請求年月日	年	月	日	領収年月日	年	月	日	請 求 額					

