

施術内容証明書 (あんま・マッサージ施術者記入用)

あん摩マッ
サー
ジ
指
圧
師
記
入
欄

患者氏名																																
傷病名																																
初療年月日	昭・平・令	年	月	日	請求区分	☐ 新規 ☐ 継続		転帰	☐ 治癒 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 転医																							
施術した場所		(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載)																														
施術期間		令	年	月	日	から	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																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		訪問施術料 1				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		訪問施術料 2				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		訪問施術料 3 (3人～9人)				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		訪問施術料 4 (10人～19人)				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		訪問施術料 5 (20人以上)				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		温電法(加算)				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		温電法・電気光線器具(加算)				円×				回＝				円																		
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×				回＝				円																		
		変形徒手矯正(加算) ※温電法との併施は不可				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																		
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円×0.5×				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																								
		明細書発行加算				円×				回＝				円																		
		合計				円																										
		※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】														減後合計額																円
施術日																																
通所○	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
往療○	訪問2②																															
	訪問3③																															
	訪問4④																															
	訪問5⑤	月																														
【往療又は訪問が行われた理由】 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()																																

上記のとおり施術を行いました。令和 年 月 日

あん摩マッサージ指圧師

住 所 保健所登録区分 1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地

氏 名 電話番号 ()

免許登録番号