

施術内容証明書 (はり・きゅう施術者記入用)

はり師・きゅう師記入欄

患者氏名																																
傷病名		☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()																														
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	初 検 料		☐ はり ☐ きゅう ☐ はり・きゅう併用		円																											
	施術料	はり・きゅう		施術の種類		1術	回	2術	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																										
	電療料	加算 / 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光	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○】		通減後合計額		円																												
施術日		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1①																															
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																																
施術所	所在地																															
	名称	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																														
施術管理者	氏名	電話番号 ()																														
登録記号番号																																