

マッサージ用施術内容申立書

受診者氏名

倉庫 花子



施術内容	初療年月日	施術期間	実日数
	平成28年4月1日	平成29年1月7日～平成29年1月29日	5日
	傷病名又は症状 脳梗塞による筋麻痺		
	マッサージ	285円× 1局所× 5回＝	1,425円
	変形徒手矯正術	575円× 4肢× 5回＝	11,500円
	温 罨 法	円× 回＝	円
	温罨法・電気光線器具	円× 回＝	円
	往 療 料 加算 (km)	1,800円× 5回＝ 円× 回＝	9,000円 円
合 計		21,925 円	
施 術 日	1 月	1 2 3 4 5 6 <input checked="" type="checkbox"/> 7 8 9 10 11 12 <input checked="" type="checkbox"/> 13 14 15 16 17 <input checked="" type="checkbox"/> 18 19 20 21 22 23 <input checked="" type="checkbox"/> 24 25 26 27 28 <input checked="" type="checkbox"/> 29 30 31	
	月	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	
	月	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	
	月	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	
	月	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	
	月	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	

施術を受けた日に○印を付けて下さい。

倉庫業健康保険組合