

(様式参考例)

# 施 術 録

(表 面)

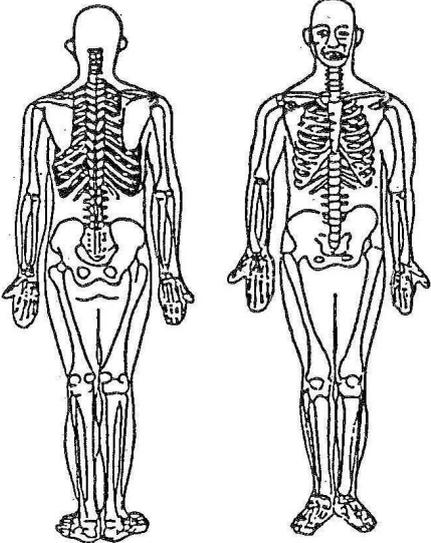
健康保険(協・組・日)・船員保険  
国民健保・退職者・共済組合  
後期高齢・自衛官等・公費負担  
自 費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

市町村番号									
受給者番号									
公費負担者番号									
公費負担受給者番号									

被 保 険 者 証	記 号	施 術 受 け る 者	氏 名	男 女	続 柄	
	番 号		生年月日	年 月 日		
被 保 険 者	氏 名	事 業 所	所 在 地			
	生年月日		年 月 日	名 称		
	有効期限		平成 年 月 日			
	住 所	保 険 者	所 在 地			
資格取得年月日	昭・平 年 月 日		名 称			
			番 号			

負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術終了年月日	日数	施術回数	転 帰
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医

負傷原因 程度経過 等施術の 種類その 他	負傷の日時	受 傷 部 位 ( 図 解 )	
	負傷の場所		
	負傷時の状況		
	初検時の所見		
	初検時相談支援の内容		
	同意医師氏名 同意年月日		

負 傷 名	労 務 不 能 に 関 す る 意 見		摘 要
	意見書に記入した労務不能期間	意見書交付	
	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	年 月 日	

この施術録は施術完結の日から5年間保管のこと

