

あはき療養費の不正対策(案)

(別紙様式案)

一時負担金明細書
(あんま・マッサージ用)

様

年 月分

施術日数

日

| | | |
|-------------------|-------------|---|
| 施術 内 容 欄 | マッサージ施術 | 円 |
| | 変形徒手矯正術施術 | 円 |
| | 温罨法 | 円 |
| | 温罨法・電気光線器具 | 円 |
| | 往療料 (加算分含む) | 円 |
| 合計 | | 円 |
| 一部負担金 | | 円 |
| 保険請求額 | | 円 |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

一部負担金明細書
(はり・きゅう用)

様

年 月分

施術日数 日

| | | | |
|---------------|-------------|----------|---|
| 施術 内容 欄 | 初検料 | 円 | |
| | 施術 料 | はり | 円 |
| | | きゅう | 円 |
| | | はり・きゅう併用 | 円 |
| | | 電療料 | 円 |
| | 往療料 (加算分含む) | 円 | |
| 合計 | 円 | | |
| 一部負担金 | 円 | | |
| 保険請求額 | 円 | | |

年 月 日

施術所名

住所

氏名

施術報告書

 医師 さま

- 以下のとおり、施術の状況を報告いたします。
- 本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について、患者さま、若しくは当方にご連絡いただきますようお願いいたします。
 また、前回同意いただいた内容から変更がある場合には、新たな同意書を発行いただきますようお願いいたします。
- ご不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

| | |
|----------|-----------------|
| 患者氏名 | |
| 患者生年月日 | 年 月 日 |
| 施術の内容・頻度 | |
| 患者の状態・経過 | |
| 特記すべき事項 | |

年 月 日

施術所名
 住所
 電話・FAX番号
 メールアドレス

施術者氏名

| 同 意 書 | | (マッサージ療養費用) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------|
| 患 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 傷 病 名 | | |
| 発病年月日 | 昭・平 年 月 日 | |
| 症 状 | 1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 () | |
| 施 術 の 種 類 | 1. マッサージ 2. 変形徒手矯正術 | |
| 施 術 部 位 | 1. 躯幹 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢 | |
| 往 療 | 1. 必要とする 2. 必要としない | |
| <p>上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p> | | |

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 患者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 病名 | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () | |
| 発病年月日 | 昭・平 年 月 日 | |
| <p style="text-align: center;">上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">保険医氏名 印</p> | | |

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

