

*13 施術料請求明細				(職員氏名)					
傷病名		初検日	年 月 日	療養期間	年 月 日から			日	
					年 月 日まで				
				施術実日数					
初検料	時間内 時間外 深夜			円	傷病の経過				
再検料	年 月 日								
指導管理料	年 月 日から 年 月 日まで			回					
往療料	普通 夜間・難路 暴風雨雪 同一家屋			回 回 回 回	年 月 日				
					転帰	治ゆ	継続	転医	中止
					摘要				
初回処置料				回					
<input type="checkbox"/> 整復料				回					
<input type="checkbox"/> 固定料				回					
<input type="checkbox"/> 施療料				回					
後療料				回 回 回					
運動療法料				回					
温罨療法料	月 日から 月 日まで			回					
	月 日から 月 日まで			回					
冷罨療法料	月 日から 月 日まで			回					
	月 日から 月 日まで			回					
電療料				回 回					
レントゲン料				回					
宿泊料	入室料	月 日から	月 日まで	日間					
	食事料	月 日から	月 日まで	日間					
その他				医師の同意の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
施術料請求額				円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。									
年 月 日									
施術所の { 所在地 名称 施術者の氏名									