施　術　録

保険種別	政管・組合・日雇・船員・共済・退職・国保・国組・自衛	
公費種別	なし・老人・障害・母子・被爆・乳児	本人・家族
負担割合	0割・1割・2割・3割・その他	負担免除老人

負担者番号		資格取得年月日	昭・平　年　月　日
受給者番号		有効期限	平成　年　月　日

被保険者

記号	番号
氏名 フリガナ	男・女
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生（　歳）
住所	
事業所住所	
事業所名	

受診者

氏名 フリガナ	男・女
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生（　歳）
続柄	本人・家族（　）・退職本人
住所	

保険者

名称	
保険者番号	

傷病名	負傷日時	開始	終了	転帰	実日数
(1)	年　月　日　時頃	年　月　日　時頃	年　月　日	治癒 中止 転医	日
(2)	年　月　日　時頃	年　月　日　時頃	年　月　日	治癒 中止 転医	日
(3)	年　月　日　時頃	年　月　日　時頃	年　月　日	治癒 中止 転医	日
(4)	年　月　日　時頃	年　月　日　時頃	年　月　日	治癒 中止 転医	日
(5)	年　月　日　時頃	年　月　日　時頃	年　月　日	治癒 中止 転医	日

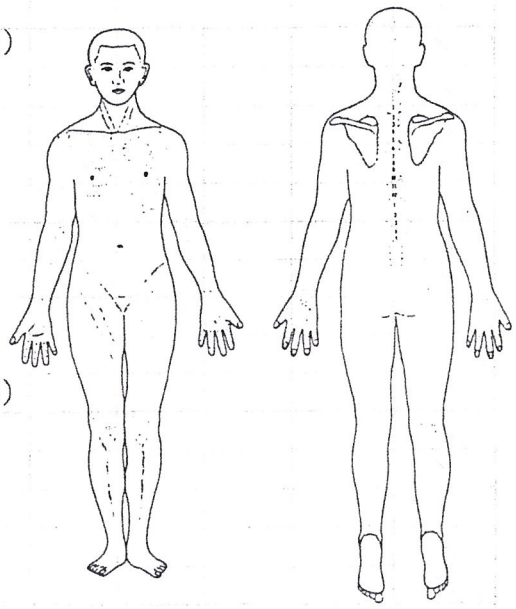
処置その他施術の事実

月日	初検 再検	整復 固定 施療	後療（拘縮）	冷罨法 温罨法	電療	その他	合計金額	負担額
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								
／								

（原因）

（症状）
(1)
(2)
(3)
(4)
(5)

（処置）
(1)
(2)
(3)
(4)
(5)



（経過）

請求月	施療合計額	負担金	請求金額	確認
年　月				
年　月				

同意医師・紹介者等

施術録用紙（1号用紙）