

# 施 術 録

健康保険(協・組・日)・船員保険  
 国民健康保険・退職者共済組合  
 後期高齢者自衛隊等・公費負担  
 自費

一部負担割合			
0割	1割	2割	3割

公費負担医療	公費負担者番号								
	公費負担受給者番号								

被保険者証	記 号		施術を受ける者	氏 名	(フリガナ)					続柄
	番 号			生年月日	年	月	日	男 女		
被 保 険 者	氏 名	(フリガナ)	事業所	所在地						
	生年月日	年 月 日		名 称						
	有効期限	平成 年 月 日	保 険 者	所在地						
	(フリガナ)			名 称						
住 所	〒	TEL	番 号							
資格取得年月日	昭・平 年 月 日									
病 名	発病年月日	初療年月日	施術終了年月日	日 数	施術回数	転 帰				
		年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医				
		年 月 日	年 月 日			治癒・中止・転医				
同 意 記 録	病医院名		発病の原因							
	住 所		第三者行為	業務上・第三者行為・その他						
	電 話		施術の部位 (図解)							
	フリガナ									
同意医師名										
施 患 者	同 意	平成 年 月 日								
	施術期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日								
既往症・主要症状・経過等										



