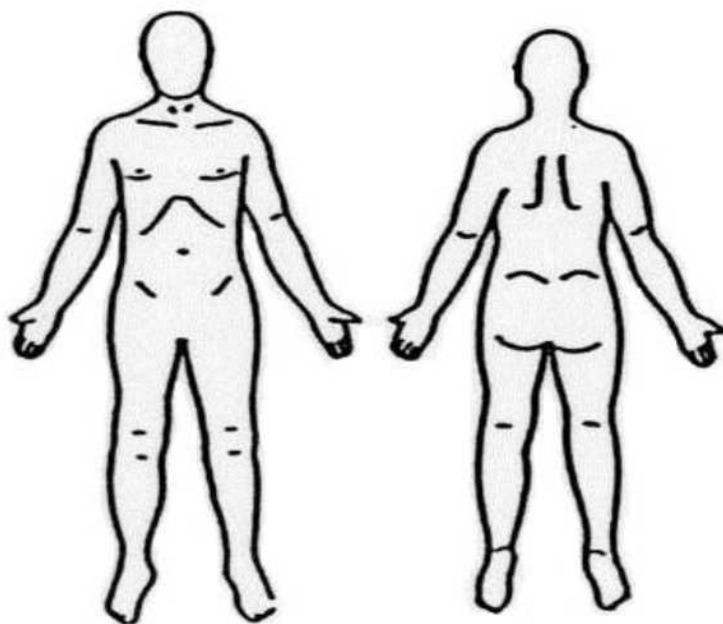


# 施術証明書

※柔道整復師に記入を依頼してください。

| 施術の種類       |     |       |      | 負傷起因   |       |          |    |    |    |
|-------------|-----|-------|------|--------|-------|----------|----|----|----|
| 健保・国保1      | 労災2 | 自由3   | その他4 | 業務上    |       | 業務外      |    |    |    |
| 被保険者証の番号・記号 |     |       |      | 保険者名   |       |          |    |    |    |
| 患者氏名        |     |       |      | 患者生年月日 |       |          |    |    |    |
| 男・女         |     |       |      | 年 月 日  |       |          |    |    |    |
| 初検年月日       |     |       |      | 負傷年月日  |       |          |    |    |    |
| 年 月 日       |     |       |      | 年 月 日  |       |          |    |    |    |
| 施術期間        |     |       |      | 施術日数   | 通院実日数 | 転帰       |    |    |    |
| 自           | 年   | 月     | 日    | 日      | 日     | 治癒       | 継続 | 転医 | 中止 |
| 至           | 年   | 月     | 日    |        |       | 日間       |    |    |    |
| 負傷名及び部位     |     | 施術開始日 |      | 施術終了日  |       | 他覚的所見の有無 |    |    |    |
| ①           |     | 年 月 日 |      | 年 月 日  |       | 有 ・ 無    |    |    |    |
| ②           |     | 年 月 日 |      | 年 月 日  |       | 有 ・ 無    |    |    |    |
| ③           |     | 年 月 日 |      | 年 月 日  |       | 有 ・ 無    |    |    |    |
| ④           |     | 年 月 日 |      | 年 月 日  |       | 有 ・ 無    |    |    |    |

負傷の経過（指導内容も略記してください）



(負傷部位を図示してください)

当該傷病の治療歴

有  無

「有」の場合

病院名 :

治療時期: 年 月 日 ~ 年 月 日

当該傷病と関係のある既往症

有  無

「有」の場合

傷病名 :

前医名 :

固定期間

患者による着脱

- ① ギプス (可・不可) 年 月 日 ~ 年 月 日
- ① シャーレ (可・不可) 年 月 日 ~ 年 月 日
- ① シーネ (可・不可) 年 月 日 ~ 年 月 日

通院日 通院の場合は必ず通院日に○印をつけてください。(往療は△印を)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |

医学的に就業・家事・通勤が全く不可能と思われる期間

年 月 日 ~ 年 月 日

平常の生活または就業に支障があったと思われる期間

年 月 日 ~ 年 月 日

証明者

日付

年 月 日

所在地

電話番号

名称

柔道整復師  
ご署名

印