

# 施 術 証 明 書 (接骨・整骨院、鍼灸院用)

※鍼灸院の通院は、日数にかかわらず医師の通院指示書が必要です。

傷病者	住所	カルテ番号	
	氏名	年 月 日生	
初診日	年 月 日	受傷日	年 月 日
施 術 期 間		通院実日数	治 療 状 況
年 月 日～ 年 月 日		日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転院
傷病名及び部位	施術開始日	施術終了日	転 帰
			治癒・継続・中止
発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入ください)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容			
当該傷病の治療歴 (有の場合 病院名: ) (治療時期 年 月 日～ 年 月 日)			
既往症			
※有の場合 傷病名と通院期間: 傷病名 通院期間 年 月 日～ 年 月 日			
実 通 院 治 療 日 (○をつけてください)			
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	年
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計	月
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	日計	年
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計	月
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	日計	年
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計	月
年	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	日計	年
月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日計	月

※訂正する場合は必ず証明者による訂正印をお願いします。

上記のとおり証明します。

年 月 日

所 在 地

電話番号 ( ) -

名 称

柔道整復師  
氏 名

