

保険 (被保険者) 施術録
(被扶養者)

国退(組合)協日船共前後労生自自 保職(会)雇員済高高災保賠由		一部負担割合 0割 1割 2割 3割	
労働保険番号 府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号		市区町村番号 公費負担者番号	
子・障・母・福・()		受給者番号	
被 保 険 者	記号 **** 番号 *** フリガナ アイセイ タロウ 氏名 愛整 太郎 資格取得 昭和 54年 4月 1日 平成	フリガナ アイセイ タロウ 氏名 愛整 太郎 生年月日 32年 12月 5日 (58歳) 住所 〒45*-**** 名古屋市**区**町3-5 TEL 052-78*-****	有効期限 年月日 所在地 名古屋市**区**町6 名称 (株)****産業 所在地 名古屋市**区**町15 保険者番号 0623**** 名称 ****健康保険組合

負傷名	負年月日	傷年月日	初年月日	検日	施術終了年月日	転帰	回数
(1) 右前腕骨骨折 (下部)	6月4日	2年6月4日	6月4日	2年6月4日	6月4日	治癒 中止 転医	1回
(2) 右肩関節捻挫	6月4日	2年6月4日	6月4日	2年6月4日	7月27日	治癒 中止 転医	19回
(3) 右前腕骨骨折 (下部) 後療	6月4日	2年6月4日	6月25日	2年月日	年月日	治癒 中止 転医	回
(4)	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	治癒 中止 転医	回
(5)	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	治癒 中止 転医	回

場所・受傷機転を必ず記載

初検 (時間外・休日・深夜) 午前・午後 9時 分頃 往療 km

日	時	場所	状況	負傷部位 (図示)
(1)	6:30頃	自宅にて新聞と取りに行こうとして	階段を一段踏みはずし転倒。床に右手をつき受傷。	
(2)		上記理由にて右肩を強く捻り受傷。		
(3)	6月25日	**区〇〇整形外科〇〇〇〇医師より	後療同意あり施術開始。	
負傷の程度	微傷・軽傷・(中程度)・稍重傷 (重傷)・非常に重傷			

日本語で詳細に記載
略語は避ける

初検時の所見・施術の内容	<p>[初検時症状]</p> <p>(1) 腫脹高度・自発痛著明。フォーク状変形呈する。橈骨下端部の限局性圧痛著明。運動不能。</p> <p>(2) 軽度腫脹あり。上腕二頭筋附着部に圧痛著明。拳上時痛著明。拳上制限あり。伸展時痛 (+)・外旋時痛 (+)。結帯動作時痛 (+)</p> <p>[施術内容] ←※裏面記載も可</p> <p>(1) 屈曲整復・金属副子・巻軸包帯固定 (MP関節~上腕下部) 冷湿布・三角巾にて提肘。 ※高度変形のため〇〇整形外科を紹介 (+情報提供書)。</p> <p>(2) 初回 (柔整術) 処置・粘着性伸縮絆創膏包帯・冷湿布</p>
--------------	--

説明内容を簡潔に記入

実施したら記載

初検時相談支援の内容 6月 4日

①日常生活動作 (入浴) 歩行 (就労) スポーツ・家事制限等 (既往歴) 高血圧 (内服中)・軽度糖尿病

②患部の状態 ③施術方針 ④受領委任 ⑤その他

休業病証明 年 月 日 ~ 年 月 日付 第 号 間 氏名 〇〇〇〇 医師

印字可 ↑ ↓ 印字不可 (必ず肉筆で記載・消せるボールペンの使用不可)

国退(組)協日船共前後労生自自
保職(会)会雇員済高高災保賠由

療養者氏名 愛整 太郎

0割 1割 2割 **3割**

2

経過・施術の種類	施 術 内 容						金属副子等 情報提供書	(大・中・小)		
	月日	初検 再検 往療 料	時間外 休日・深夜 相談支援 料	整復 固定 施療 料	後療料	巻法料	電療料	計	負担金 徴収額	
(※初回施術内容) 6/25 (1)〇〇医師より 後療同意 シャーレ固定中 腫脹・圧痛中程度残存 手関節拘縮 低周波・冷罨法 手技(軽擦) 指部・肘部ROM訓練 (2)腫脹消退 圧痛・運動時痛軽減 低周波・温罨法 手技・ROM訓練	6・4	1,520 ^円	100 ^円	①11,800 ^円 ②760		①85 ^円 ②85		16,350 ^円	4,910 ^円	
	・25	410		505 850	505 850	75 75	30 30	1,975	590	
	・26			505 850	505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・27						30	1,565	470	
	・29				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・29	30			505 850	75 75	30 30	1,565	470	
(1) 1回 軽医 (2) 5回 継続 (3) 6回 継続	・⑥	1,930	100	①11,800 ②760		①冷85 ②冷85 温375 ③4,250 ③ 温375		1,000 1,000	24,585	7,380
7/6(7/2 医科受診 シャーレ除去)	7・6				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
(2)外軽時痛軽快 (3)腫脹・圧痛軽減 超音波浴 手関節ROM訓練 握力訓練 厚紙(スダレ)副子 包帯固定	・7				850	75 75	30 30	1,565	470	
	・9				850	75 75	30 30	1,565	470	
	・10				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・11				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・13				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
7/18(7/17 医科受診) (2)圧痛・屈曲時痛軽減 結帯動作時痛かなり軽減 (3)腫脹・圧痛さらに軽減 背屈45° 掌屈30° 厚紙除去・包帯固定のみ 自宅訓練指導	・14				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・16							5	470	
	・18							5	470	
	・20							5	470	
7/25(7/22 医科受診) (2)圧痛・屈曲時痛消退 結帯動作時痛軽快 ADL支障ないため 治療とす (3)掌背屈時痛かなり軽減 背屈60° 掌屈45° 手関節抵抗運動	・21				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・25				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・27				505 850	75 75	30 30	1,565	470	
	・29				850	75	30	955	290	
	・31				850	75	30	955	290	
計 (2) 18回 (3) 21回	・⑮				② 6,565 ③ 12,750	② 975 ③ 1,125	② 390 ③ 450	22,255	6,690	

二重線で修正 (修正液は不可)

行を空けてはいけない
1カ月ごとに二重線を引く

印字不可 (必ず肉筆で毎日記載)
消せるボールペンの使用不可

必ず金額を記載
衛生材料等の実費分は、右の余白に
日付け・材料の種類・金額を明記

請求月分	請求月日	金額	領収	備考	請求月分	請求月日	金額	領収	備考
6	6・30	24,585	7,380						
7	7・31	22,255	6,690	自費分 500					

7/6
包帯1巻
¥200

7/16
サポーター
¥300

500