

医療等の状況

平成 年 月 日
令和 年 月 日

被災児童等	氏名	平成 年 月 日		男	女	平成 令和	年 月 日	転	治	中	帰	日 生
傷病名	1. 神経痛	2. リウマチ	3. 頸腕症候群	医師の同意年月日		平成 令和	年 月 日	継	続	中	止	医
	4. 五十肩	5. 腰痛症	6. 頸椎捻挫後遺症	年月日								
手術開始の年月日	平成 令和	年 月 日	手術終了の年月日	平成 令和	年 月 日	手術実施日数	日	手術を行った期間				
初検料	1. はり	2. きゅう	3. はり・きゅう併用	円	円	円	円					
施術料	はり	円×	回=	円	円	円	円	月	月	月	月	日から 日まで
	きゅう	円×	回=	円	円	円	円	月	月	月	月	日から 日まで
	はり・きゅう併用	円×	回=	円	円	円	円	月	月	月	月	日から 日まで
往療料	1. 電気針	4 kmまで	円×	回=	円	円	円	月	月	月	月	日から 日まで
	2. 電気温灸器											
	3. 電気光線器具	4 km超え	円×	回=	円	円	円	月	月	月	月	日から 日まで
施術報告書交付料	円											
備考												
施術金額合計	円											
上記のとおりです。												
令和 年 月 日	はり師 住 所	氏 名										
平成 年 月 日	きゅう師	氏 名										
※ 決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =											
合 計	円											

(注) 1 この医療等の状況は、はり師及びきゅう師から施術を受けた場合に使用すること。

2 ※印は、記入しないこと。

3 この医療等の状況の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度を利用した場合は下欄の記入にご協力ください>(*該当する項目に○をつけてください。)

記入者*	公費負担医療制度*	乳幼児・ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法
保護者(園)設置者医療機関	(利用している制度がない)場合はその他{ }	
自己負担額	(公費負担医療制度を利用している場合のみ記入)	円