

施術報告書

先生 御侍史

- 以下のとおり、施術の状況を御報告いたします。
- 本報告を御覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否について御判断いただきますようお願いいたします。
- 御不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	様
患者生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
施術の内容	
施術の頻度	月 平均 回
患者の状態・経過	【施術目的】 <input type="checkbox"/> 筋緊張・痙縮緩和 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和 <input type="checkbox"/> 関節可動域改善 <input type="checkbox"/> 筋力向上 <input type="checkbox"/> 機能向上 <input type="checkbox"/> その他 () 【前月からの変化】 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 前月施術なし 【コメント】
特記すべき事項	

令和 年 月 日

施術所名: 藤和マッサージ 町田院

住所: 〒194-0022 町田市森野 4-17-23 渋谷ビル 2-B

電話: 042-851-7528 F A X : 042-851-7882

メールアドレス: towa-machida@towa-massage.jp

施術者氏名

本報告書をメール受取りに切替希望の方は右 QR コードより
『報告書メール受取り希望』とご連絡下さい⇒

