別添１（別紙６）

施術報告書

医師　様

○　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	
患者生年月日	年　　月　　日
施術の内容	
施術の頻度	月　平均　　回
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年　　月　　日　　施術所名
住所
電話・ＦＡＸ番号
メールアドレス

施術者氏名