

## 施術報告書

医師 様

---

- 以下のとおり、施術の状況を報告いたします。
- 本報告をご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判断をいただきますようお願いいたします。
- ご不明の点や特段の注意事項等がありましたら下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

患 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生
施術の内容・頻度	
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

---