往 療 日 報

年　　月施術　　施術師氏名：　　移動方法：車 ・ 徒歩 ・ その他（　　）

運転者氏名：

【注意点】
①施術の開始時間から終了時間までを矢印で示し、患者の氏名・保険種別・住所を記載してください。
②患者については、自由診療を含め保険種別に関わらず全患者を記載してください。
③移動距離は往療算定の距離ではなく、実際の移動距離を記載してください。
④住所・保険種別が表に記載できない場合は当月分の別表（住所・保険種別リスト）を作成し、申請書に添付してください。
⑤患者の住所地以外（入居施設等）で施術を行った場合、施術を行った場所も記載してください。

往 療 日 報

年　　月施術　　施術師氏名:　　移動方法: 車 ・ 徒歩 ・ その他(　　)

運転者氏名:

日		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	
11			患者A									
12												
13				患者F				患者G 施設イ	患者H 施設イ	患者I 施設イ		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

往 療 日 報

年　　月施術　　施術師氏名:　　移動方法: 車 ・ 徒歩 ・ その他(　　)

運転者氏名:

日		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												