

施 術 報 告 書

 医師 殿

- 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 ・ 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
