

訪問マッサージ個人申請ソフト クロノス・ノート・システム 画像サブル

訪問マッサージ個人申請ソフト クロノス・ノート・システム

【施術者】

- 0001: 湯浅 友子
- 0002: 橋本 みゆき
- 0003: 施術者 -----

【印刷範囲】

08:00 ~ 19:00

【表示先順序】

38

時間	月	火	水	木	金	土	日
88 07:15							
81 07:30							
82 07:45							
83 08:00							
84 08:15				0024: 安藤 香 --サブ--			
85 08:30							
86 08:45						0024: 安藤 香 --サブ--	
87 09:00							
88 09:15							
89 09:30							
90 09:45							
40 10:00							
41 10:15							
42 10:30							
43 10:45							
44 11:00							
45 11:15							
46 11:30							
47 11:45							
48 12:00							
49 12:15							
50 12:30							
51 12:45							
52 13:00							
53 13:15							
54 13:30							

終了(F2)

【Enter】キーダブルクリックで患者画面を表示します。

ダブルクリックで、
参照画面へ

患者名

検索

フリガナ検索⇒ ア カ サ タ ナ ハ マ ヤ ラ フ

併属区分	患者名
	0021: 泉 こなたサブ
	0024: 安藤 香 --サブ--

【↑】キー・【↓】キーで選択、【Enter】キーダブルクリックで決定、【Esc】キーで戻ります。

患者名: 検索 印刷 修正 印刷

全選択 全解除 フォント色指定

選択	ID	氏名	フリガナ	サブネーム	住所	性別	年齢	年齢	同患日	医療機関	医師名	保険区分	備考
<input checked="" type="checkbox"/>	21	奥 ことた	奥 ことた	奥 ことた		21 女	0	0					
<input checked="" type="checkbox"/>	22	奥 かかみ	奥 かかみ	奥 かかみ		21 女	1	2				02 国保	
<input checked="" type="checkbox"/>	23	奥 つかま	奥 つかま	奥 つかま		21 女	2	2				05 国保	
<input checked="" type="checkbox"/>	24	奥 多摩	奥 多摩	奥 多摩		21 女	3	0					

終了

画面1で印刷します。

マッサージ

経絡

左上肢 右上肢

左下肢 右下肢

変形徒手矯正術

左上肢 右上肢

左下肢 右下肢

自費 円

温電法・電気療法

申請者

担当施術者 1

2

3

4

5

6

7

代理人選択

固定住診距離 Km

患者住所の緯度

患者住所の経度

紹介者

紹介年月日

該当項目にチェックを付けてください。番号にスペースキーをクリックで選択出来ます。

患者管理

修正 作成ID

受療者名 フリガナ 性別 生年月日 17 才 サブネーム

郵便番号 住所1 住所2

施術種別 保険区分 病種 世帯主 フリガナ

2:自由診療 受療者からコピー

被保険者記号 被保険者番号 保険者番号 保険者名 負担率 前老

資格取得年月日 発行期日 交付年月日 有効期限 模式選択

※助成

負担者番号 受給者番号 保険区分 保険者番号 保険者名 負担率

資格取得年月日 発行期日 交付年月日 有効期限 模式選択

業種上・外・
第三者行為の有無 発病又は負傷年月日 初療年月日 請求区分 転記 発病又は負傷の原因およびその経過

傷病名 麻痺・拘縮

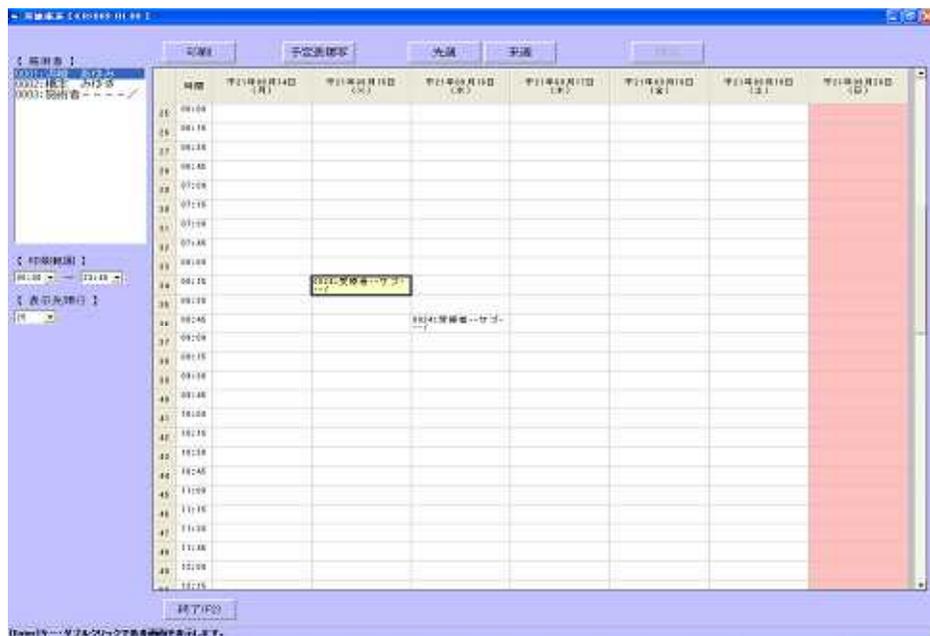
同意医師 医療機関名 住所

同意日 要加療期間 ~ 発病終了日 リストから外す

全角8文字以内で入力して下さい。

摘要

全角120文字以内で入力してください。



実施済表

患者名 0024:受療者--サブ---/ 000012

施術時間 [] ~ []

マッサージ

体幹 左上肢 左下肢 右上肢 右下肢

変形徒手矯正術

左上肢 左下肢 右上肢 右下肢

温電法・電気療法 []

変形徒手矯正術

来診または自費 往診

自費 [] 固定往診距離 []

按分 []

状態

症状安定 痛み増悪 痛み軽減

拘縮また固縮の増悪 拘縮また固縮の緩和

温感増悪 温感軽減

冷感増悪 冷感軽減

コメント① コメント②

保存

施術時間を指定してください。例)10:15

患者名 [] 検索

クイック登録者を含む

フリガナ検索⇒ ア カ サ タ ナ ハ マ ヤ ヲ ワ

保険区分	患者名
	0021:患 ことたサブ
	0024:受療者--サブ---/

[F]キー・[L]キーで選択、[Enter]キーでダブルクリックで決定、[Esc]キーで戻ります。

紹介者管理 [KR1005 07.00]

印刷 紹介者名 検索 新規 修正 削除

作成NO	紹介者名	フリガナ	会社名	住所
1	4 紹介者*****/	フリ*****	会社*****	123-4567 住所1***** 住所2*****
2	9 山田太郎	ヤマダ タロウ		
3	8 ランカリー	ランカ		
4	5 しょうかい	ショウカイ	かいしゃめい	123-1234 大田区
5	3 ああ	アア		
6	7 88			
7	1 1	2	3	11 5 6

終了(F2)

[F1]キーで検索してください。 [Enter]キーでダブルクリックで修正画面を表示します。

紹介者管理

修正 作成CD 4

紹介者名 紹介者*****/

フリガナ フリ*****

会社名 会社*****

郵便番号 123-4567

住所1 住所1*****

住所2 住所2*****

分類 12:12345678901234567890

TEL 123-4567-1234

FAX 123-1234-1234

保存

全角8文字以内で入力して下さい。

業務者管理 [F10005 F01.00]

印刷 業務者名 検索 新規 修正 削除

作成NO	役職	業務者	フリガナ	住所	免許番号
1	3	業務者----- / センダウ			
2	2	橋本 みゆき	HTH 224		
3	1	浜崎 あゆみ	HTH 224		

終了(F2)

[F1]キー-[F4]キーで選択してください。 [編集] [Enter]キーでダブルクリックで修正画面を表示します。

業務者管理

修正 作成NO 3

業務者名 フリガナ センダウ

役職 生年月日 H12/08/08 0才

性別 男

郵便番号

住所1

住所2

TEL

免許番号

入社日 H18/03/08 退社日

番号1 備考1

番号2 備考2

番号3 備考3

社員勤務年月数 0年 6ヶ月

パート・アルバイト勤務年月数 0年 0ヶ月

社員勤務日数 日

パート・アルバイト勤務日数 日

勤務者
社員

1. H21/02/09 から H21/08/08
0年 6ヶ月 日

2. から
0年 0ヶ月 日

3. から
0年 0ヶ月 日

パート・アルバイト・請負

1. から
0年 0ヶ月 日

2. から
0年 0ヶ月 日

3. から
0年 0ヶ月 日

歩合金額 2円 請負歩合率 0%

退職理由 メモ1 メモ2

全角8文字以内で入力して下さい。

退職理由

全角50文字以内で入力してください。

メモ1

全角100文字以内で入力してください。

後期高齢者医療
療養費支給申請書(年 月分) (あんま・マッサージ用)

給付割合	
9割	7割

保険者番号		性別	
被保険者番号		療養を受けた者の氏名	
公費負担者番号		生年月日	
公費受給者番号		業務上・外、第三者行為の有無	
発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過	
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
転場			
傷病名	症状		
マッサージ	円× 局所× 回=	円	摘要
変形徒手矯正術	円× 技× 回=	円	
温電法	円× 回=	円	
温電法電気光線器具	円× 回=	円	
送料 (2kmまで)		円	
加算 (km)		円	
加算 (km)		円	
加算 (km)		円	
請求額		円	
施術日 通院○ 往料○	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	初療年月日	加療機関
同意医師名	住所	同意年月日	病名
住所	氏名	電話番号	
住所	氏名	電話番号	
申請者	住所	氏名	
支払金額	預金種類	口座番号	金融機関コード
金融機関名	口座名義人		
備考			

【無断転載禁止】

国民健康保険療養費支給申請書
後期高齢者医療療養費支給申請書
(平成 年 月 分)

申請コード (マッサージ)

公費負担者番号		保険者番号	
公費受給者番号		被保険者番号	
市町村番号		被保険者氏名	
受給者番号		(世帯主・組合員)	
療養を受けた者の氏名		生年月日	
初療年月日	今 回 施 療 期 間	申請年月日	
請求者又は行政	請求区分	業務上・外、第三者行為の有無	
マッサージ	円× 局所× 回=	円	摘要
変形徒手矯正術	円× 技× 回=	円	
温電法	円× 回=	円	
温電法電気光線器具	円× 回=	円	
送料 (2kmまで)		円	
加算 (km)		円	
加算 (km)		円	
加算 (km)		円	
請求額		円	
施術日 通院○ 往料○	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	初療年月日	加療機関
同意医師名	住所	同意年月日	病名
住所	氏名	電話番号	
住所	氏名	電話番号	
申請者	住所	氏名	
支払金額	預金種類	口座番号	金融機関コード
金融機関名	口座名義人		
備考			