

No. _____

後 期 高 齡 者 診 療 録

様 _____

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5 ／				
／				
／				
／				
／				
10 ／				
／				
／				
／				
／				
15 ／				
／				
／				
／				
／				
20 ／				
／				
／				
／				
／				
25 ／				
／				
／				

月 日	部 位	療 法 ・ 処 置	点 数	負担金徴収額
／				
／				
／				
／				
5 ／				
／				
／				
／				
／				
10 ／				
／				
／				
／				
／				
15 ／				
／				
／				
／				
／				
20 ／				
／				
／				
／				
／				
25 ／				
／				
／				