|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診断書 （はり及びきゅう療養費用） | | |
| 患 者 | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 病 名 | １．神経痛  ２．リウマチ  ３．頸腕症候群  ４．五十肩  ５．腰痛症  ６．頸椎捻挫後遺症  ７．その他（ 　　　　　　　　）  　※　１～６は、当てはまるものに○をつけて下さい。  ７は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。 | |
| 発病年月日 | 昭・平　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| 診察区分 | 初　診　・　再　診　　（○をつけて下さい） | |
| 診　察　日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 症　　状  （主訴を含む） |  | |
| 注意事項等 | 注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意） | |
| 平成　　　　年　　　　月　　　　日  保険医療機関名  所在地  保険医氏名 　　 　　　　　　　　　　　　印 | | |
|

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。