|  |
| --- |
| 　　　　　　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。