

(保険者提出用)

診 断 同 意 書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他 ()			
発病年月日	昭和	・ 平成	年	月 日
症 状 (主訴を含む)				
往療の有無	往療を	①要する	②要しない	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 (療養取扱医療機関) 所 在 地 保 険 医 氏 名 (国民健康保険医) ㊟				