

診 断 書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
病 名	<p>1. 神経痛</p> <p>2. リウマチ</p> <p>3. 頸腕症候群</p> <p>4. 五十肩</p> <p>5. 腰痛症</p> <p>6. 頸椎捻挫後遺症</p> <p>7. その他 ()</p> <p>※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。</p> <p>7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載下さい。</p>				
発病年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけて下さい)				
診 察 日	令 和	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)				
<p>令 和 年 月 日</p> <p>保 険 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 険 医 氏 名</p>					

※ 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。