|  |
| --- |
|   　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・令 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）  |
| 令和　　年　　月　　日保険医療機関名　所在地　　　保険医氏名 |

※ 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。