|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。