

| 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。