

初回と6ヶ月毎に添付が必要です。療養費支給申請書に添付してください。

同意書 (医師の施術同意書)		【はり・きゅう療養費用】
患者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	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に当てはまるものに○をつけてください。 7は慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載ください。	
発病年月日	年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけてください)	
診察日	年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください(任意)	
<p>上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">保険医氏名</p>		

※主治医の保険医が当該疾病について診察の上で同意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ください。