中部電力健康保険組合

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **同意書** （はり・きゅう用） | | | | | |
| 患者 | 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 生年月日 | | 昭和・平成･令和　　　　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疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。 | | | | |
| 発病年月日 | 昭和・平成･令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 同意区分 | 初回の同意　・　再　同　意　　（○をつけて下さい） | | | | |
| 診察日 | 平成･令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 往療 | １．必要  ２．不要 | 医療機関への受診方法が通院であるのに  施術について往診を要する場合の具体的理由 | | 医療機関  受診方法 | １・往療  ２．通院 |
| 加療期間 |  | | | | |
| 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。  　　令和　　　年　　月　　日  保険医療機関名  医療機関コード  所在地  電話番号  保険医氏名 　　 　　　　　　　　　㊞ | | | | | |
|