

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・令	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。

広島市安佐南区西原9丁目5番26-2
 トータルライフサポート夢株式会社
 鍼灸院 夢みごこち
 代表取締役 大鴻志麻
TEL(082)527-2943

