秋田後期高齢者医療広域連合用

同　　意　　書（はり・きゅう療養費用）

<table>
<tr><td rowspan="3">患　　者</td><td colspan="2">住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td>明治・大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3">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（　　）</td></tr>
<tr><td>発病年月日</td><td colspan="3">昭和　・　平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>同 意 区 分</td><td colspan="3">初回　　・　　再同意（2 回目以降）</td></tr>
<tr><td>診　療　歴</td><td colspan="3">本日（同意日）が初めての診療である（　はい　・　いいえ　）</td></tr>
<tr><td>要加療期間</td><td colspan="3">要加療期間　　か月　（週　　回　程度）　※要加療期間限度：同意日から３か月</td></tr>
<tr><td rowspan="3">患者の歩行、通院、介助の状況</td><td>歩 行</td><td colspan="2">自立　　杖等を利用　　車椅子（ 操作：可・不可 ）　　歩行不可</td></tr>
<tr><td>通 院</td><td colspan="2">徒歩　　公共交通機関利用　　タクシー　　自家用車運転
家族等の送迎　　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>介 助</td><td colspan="2">無し　　有り（ 家族　施設職員　その他（　　））</td></tr>
<tr><td colspan="2">往療の必要性</td><td colspan="2">必要とする　　必要としない</td></tr>
<tr><td colspan="2">往療を必要とする
理　　由</td><td colspan="2">（往療について、歩行、通院、介助の状況から必要性が表現できない場合に、具体的に記載してください）</td></tr>
</table>

上記の者については、頭書の疾病により、療養のための「医療上のはり・きゅう」が必要と認め、はり・きゅうの施術に同意します。なお、施術にあたっての「往療」の必要性については、上記のとおりです。

年　　月　　日

保険医療機関名

所　在

当該疾病主治医　　㊞

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがございます。