様式第９号（第９条関係）

山形県後期高齢者医療広域連合用

同　意　書（はり・きゅう療養費用）

患　者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日（　歳）
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（　）	
発病年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日	
同意区分	初回　・　再同意（２回目以降）	
診 療 歴	本日（同意日）が初めての診療である（　はい ・ いいえ　）	
要加療期間	要加療期間　　か月（週　　回 程度）	
患者の歩行、通院、介助の状況	歩行	自立　杖等を利用　車椅子（ 操作：可・不可 ）　歩行不可
	通院	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（　）
	介助	無し　有り（ 家族　施設職員　その他（　））
往療の必要性	必要とする　必要としない	
往療を必要とする理　由	（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）	

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。