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）

<table>
<tr><td rowspan="3">患　者</td><td>住　所</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>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="2">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="2">昭和・平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>同意区分</td><td colspan="2">初回　・　再同意（２回目以降）</td></tr>
<tr><td>診 療 歴</td><td colspan="2">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="2">要加療期間　　か月（週　　回 程度）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">患者の歩行、通院、介助の状況</td><td>歩行</td><td>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>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>無し　有り（ 家族　施設職員　その他（　）））</td></tr>
<tr><td>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>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。