

同 意 書 (はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
病 名	1. 神経痛 (部位:) 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 (部位:) 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	年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけて下さい)	
同意理由 (○及びチェック をして下さい)	<input type="checkbox"/> 医師による適切な治療手段がないものであった <input type="checkbox"/> 医師による適切な治療手段がないわけではないが (□患者・□施術者) の 訴えにより <input type="checkbox"/> その他 → ()	
主治医の別	当該疾病にかかる主治の医師で ある ・ ない (○をつけて下さい)	
診 察 日	年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
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。 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 所 在 地 保 険 医 氏 名 印		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。(裏面参照)
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 2 はり、きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疾病）であって保険医による適切な治療手段のないものですが、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療を行う場合には、治療が優先されるため、患者は、はり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。
- 5 はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意の留意点

- 6 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続き、はり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 7 上記6の再同意に当たっても、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。