

同 意 書 (はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	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）	
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。（別紙参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

受付印

（別紙）

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当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（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）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。
※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第17条の「保険医は、（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。
- 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。
- 6 保険医の記名押印は、保険医の署名でも差し支えありません。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 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。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 9 上記7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。