

様式第 1 号

労働者災害補償保険		はり.きゅう診断書		
氏 名	(男.女)	生年月日	明治、大正 昭和、平成	年 月 日
傷病名及び傷病部位		負傷又は発病年月日		初 診 年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
支 給 対 象	はり、きゅうのみ 一般医療とはり、きゅう			
症状 (主訴を含む)	( 支給対象区分欄の に該当する場合は、施術効果の評価表を添付すること。)			
治療上の禁忌及び注意事項				
治療目的及び治療期間等	( 支給対象区分欄の に該当する場合のみ記載すること。)			
<p>上記のとおり診断します</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又 所在地 _____</p> <p>診療所の 名 称 _____</p> <p>診療担当者 氏 名 _____ 印</p>				

支給対象については区分欄については、該当するものを で囲むこと。