

フジシールグループ健康保険組合 理事長殿

常務理事	事務長	担 当	

1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書		(はり・きゅう用) 令和 年 月 分	
患者	氏名		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
傷病名	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 ()		
施術の種類	1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用		
初療年月日	平・令 年 月 日		
施術回数	月 回 (当該月の施術回数を記載)		
患者の状態の評価		評価日 令和 年 月 日	
痛 み の 強 さ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ----- NRS (N umerical R ating S cale : ニューメリカル レーティング スケール) による評価 (注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、 今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に○をつけること。		
	前月の評価の有無 1.あり 2.なし		
前月の状態からの改善や変化(前月の評価の有無が「あり」の場合に記入)			
1.悪化 2.維持 3.改善小 4.改善中 5.改善大			
(症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16日以上施術が必要な理由)			
上記の通りであります。			
令和 年 月 日 はり師・きゅう師 氏名			