

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患者	住所				
	氏名				
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月	日
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 ※ () 関節症 ※				
発病年月日	年	月	日	不詳	
初診年月日	年	月	日		

上記の者診断の結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印