

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 大正 昭和 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	
発病年月日	年 月 日	
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。 年 月 日 _____ 保険医療機関名 _____ 所在地 _____ 保険医師名 (印) _____		