

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
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 ()			
発病年月日	昭和 平成	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)				