

同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	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 7. その他 ()	
発病年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
上記の者については、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 ㊞		