

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. (左) 神経痛 2. リウマチ 3. (左) 頸腕症候群 4. (左) 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 ※ (左) 関節症 ※ その他 ()				
発病年月日	年 月 日 不詳				
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					
印					