

鍼灸治療 同意書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日
病名	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
発病年月日	令和 年 月 日	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸院の施術に同意する		
令和 年 月 日～令和 年 月 日まで		
医療機関名		
所在地		
医師名		④