

# 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				