

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.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	
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	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。

年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印