

同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭・平 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・平 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

印