

# 同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	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		