

同意書 (はり・きゅう療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他 ()	
発病年月日	昭・平 年 月 日	
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p>		