

同意書 (鍼及び灸療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日

病名	<ol style="list-style-type: none"> 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 ・ 不詳
-------	----------------

初診年月日	昭・平 年 月 日
-------	-----------

往療	1. 必要(理由:) 2. 不要
----	-------------------

備考	
----	--

<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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p>	
--	--