

## 同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日	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	年	月	日	
初診年月日	年	月	日	
往 療	1. 必要 (理由 : ) 2. 不要			
備 考 (加療期間等)				
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。  年 月 日  所 在 地  保 険 医 療 機 関  保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span>  電 話 番 号  医 療 機 関 コー ド				