

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

⑩

電話番号

医療機関コード