

同意書

(はり及び灸療養費用)

患者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 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	昭・平 年 月 日
-----------	-----------

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。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

㊞