

同意書(はり及きゅう療養費用)

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.痙腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.痙椎捻挫後遺症 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 ⑩		