

同意書			(はり及びきゅう療養費用)		
患者	住所				
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令	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・令	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。 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 印					