

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患者

住所

氏名

生年月日

明治

大正

昭和

平成

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、等その他

発病年月日

年

月

日

初診年月日

年

月

日

上記の者診断の結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意します。

年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印