

同意書 (鍼・灸)

患者	住所				
	氏名				
	生年月日	昭・平	年	月	日
病名 及主症	神経痛 リウマチ 頸腕症候群 五十肩 腰痛症 頸椎捻挫後遺症				
往療 の要否	要	往療を必要とする理由			否
発病年月日	平成	年	月	日	
初診年月日	平成	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。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

