

同意書（鍼・灸）

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭・平 年 月 日
病名及び主症状	神経痛 リュマチ 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	
発症年月日	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

