

# 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 年 月 日
	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 年 月 日	
<p>上記のものについては、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 印</p>		