

同意書 (はり及び灸療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 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 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する。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

