

## 同意書 (はり・きゅう)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	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	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
往 療	1. 必要 理由 ( ) 2. 不要	
要加療期間		
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 年 月 日 所在地 保険医療機関 保険医氏名 電話番号 医療機関コード		