

# 同意書

(はり・きゅう用)

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				

上記の者については、頭書の疾病によりはり・きゅうの施術に同意する。

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_  
保険医療機関名

\_\_\_\_\_  
所在地

\_\_\_\_\_  
保険医氏名

印