

| はり・きゅう 施術同意書 | | |
|--|---|-------|
| 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 | |
| <p style="text-align: center;">上記の診断結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"> _____ 年 月 日 </p> <p style="margin-top: 20px;"> 保険医療機関名 _____ </p> <p style="margin-top: 20px;"> 所在地 _____ </p> <p style="margin-top: 20px;"> 保険医氏名 _____ </p> | | |