

様式第 2 3 号（第 2 4 条関係）

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	
上記の診断の結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 年 月 日 保険医療機関名 所 在 地 保 険 医 氏 名 ※ 署名又は記名押印をしてください。		