

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;">_____ 年 月 日 _____</p> <p>保 険 医 療 機 関 名 _____</p> <p>所 在 地 _____</p> <p>保 険 医 氏 名 _____ (印)</p>		