

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患者	住所			
	氏名			
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月 日
病名	1. (左)) 神経痛 2. リウマチ 3. (左) 頸腕症候群 4. (左) 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 ※ (左)) 関節症 7. その他 ()			
発病年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 不詳
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>住所</p> <p>保険医氏名</p>				

平成十六年十月発行保医発一〇〇一〇二号

複製不可