

鍼灸施術同意書

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	
<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 險 医 療 機 関 名</p> <p>所 在 地</p> <p>保 險 医 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>		