

同意書 (はり・きゅう用)

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. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症	
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
<p>上記の者診断の結果、頭書の疾病によりはり・きゅうの施術に同意する。</p> <p>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>		