

はり・きゅう 同意書

患 者	住所	
	氏名	
	生年月日	

病 名	1 神経痛	
	2 リウマチ	
	3 頸腕症候群患	
	4 五十肩	
	5 腰痛症	
	6 頸椎捻挫後遺症	往療 要・否

発病年月日	平成 年 月 日 頃 不詳
-------	--

初診年月日	平成 年 月 日
-------	-------------------------

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。

平成 年 月 日

保険医療機関名
所在地
保険医 氏名

