

# 同意書

(はり・きゅう用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 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 7. その他 ( )	
発病年月日		

上記の者については、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

印