

## 同意書 (はり・きゅう療養費用)

患者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 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	平成 年 月 日
-------	----------

初診年月日	平成 年 月 日
-------	----------

要加療期間	
-------	--

上記の者については、頭書の疾病により当院において診療を行いましたが、その治療効果が得られないため、鍼灸の施術を行うことに同意する。

平成 年 月 日

所 在 地

保 険 医 療 機 関

保 険 医 氏 名

印

電 話 番 号

医 療 機 関 コー ド