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（ 病名：　　） ※7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。	
発病年月日	平成　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再同意　　（○をつけて下さい）	
診察日	平成　　年　　月　　日	
要加療期間		
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）	

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、
適当な治療手段がないため、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

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。