

鍼灸施術同意書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 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 その他 ()
----	---

発病年月日	令和 年 月 日
初診年月日	令和 年 月 日

上記の者、診断の結果上記の疾病により鍼灸の施術に同意する。

令和 年 月 日

所在地

保険医療機関名

保険医師名