

同意書

鍼灸用

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷病名	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	摘要
発病年月日	昭和・平成 年 月 日・不詳	
往療の必要性	必要 / 不要	
	1. 歩行困難 2. 歩行不可能 3. その他（必要とする理由）	
<p>上記の者、診断の結果、頭書の疾病により療養のための医療上の鍼灸治療が必要と認め、鍼灸治療の施術に同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名 所在地 保険医氏名 _____ (印)</p>		