

はり・きゅう 施術同意書		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	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	
発病年月日	平成 年 月 日	
初診年月日	平成 年 月 日	
<p style="text-align: center;">上記の診断結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p>  <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p>  <p style="text-align: center;">所在地</p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> <p style="text-align: center;">保険医氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/>		