同　意　書　（はり及びきゅう療養費用）

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 ６．頸椎捻挫後遺症 ７．その他（　　） ※　１～６は、当てはまるものに〇をつけて下さい。 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	年　月　日	
同意区分	初回の同意　・　再　同　意　（〇をつけて下さい）	
診　察　日	年　月　日	
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、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

年　月　日

保険医療機関名

所　在　地

保　険　医　氏　名

年号については、和暦で記入してください。