別紙

同　　意　　書

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	昭・平・令　　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	

診断の結果、上記疾病により　　の施術に同意をする。

（令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで）

令和　　年　　月　　日

保健医療機関名
（療養取扱医療機関）

所　　在　　地

保険医氏名
（国民健康保険医）