

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）		