

施術に係る同意書（はり・きゅう用）

組合員番号								組合員氏名	
療養者の 生年月日	昭・平・令	年	月	日	療養者氏名				
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. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけてください。 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ください。								
発病年月日	年 月 日								
施術に同意 した理由	（※病状及び経過も含めて具体的に記入してください。）								
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 （○をつけてください。）								
施術を必要と 認めた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
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ください（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 〒 所在地 名 称 氏 名 電 話									

- [注意事項] 1 「施術を必要と認めた期間」は、6か月を限度として同意書を交付してください。
 2 「はり・きゅう」の施術と医療機関との併行治療はできません。