

同 意 書 (はり及びきゅう療養費用)

| | | |
|-----|------|----------------------|
| 患 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 昭 和 年 月 日 平 成 令 和 |

| | |
|-----|---|
| 病 名 | <p>1 神経痛</p> <p>2 リウマチ</p> <p>3 頸腕症候群(※または「3. 頸肩腕症候群」)</p> <p>4 五十肩</p> <p>5 腰痛症</p> <p>6 頸椎捻挫後遺症</p> <p>7 その他()</p> <p>※ 1～6は、当てはまるものに○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。</p> |
|-----|---|

| | |
|-------|------------------|
| 発病年月日 | 平 成 年 月 日 令 和 |
|-------|------------------|

| | |
|---------|------------------------|
| 同 意 区 分 | 初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい) |
|---------|------------------------|

| | |
|-------|-----------|
| 診 察 日 | 令 和 年 月 日 |
|-------|-----------|

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| 注 意 事 項 等 | <p>施術にあたって注意すべき事項等があれば記載して下さい(任意)</p> |
|-----------|---------------------------------------|

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。

令 和 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名

所 在 地

保 険 医 氏 名

(印)