

## 同意書 (はり・きゅう療養費用)

患 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日			
傷 病 名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1 神経痛</p> <p>3 頸肩腕症候群</p> <p>5 腰痛症</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>2 リウマチ</p> <p>4 五十肩</p> <p>6 頸椎捻挫後遺症</p> </div> </div>				
発病年月日	昭・平	年	月	日	不詳
初診年月日	昭・平	年	月	日	不詳
往 療	1. 必要とする                      2. 必要としない				
備 考					
上記の者については、頭書の疾病により療養のため医療上の はり・きゅうが必要と認め、はり・きゅうの施術に同意する。					
平成                      年                      月                      日					
保険医療機関名					
所 在 地					
保 険 医 氏 名 <span style="float: right;">印</span>					