

# はりきゅう同意書

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
傷 病 名 (該当箇所を○ で囲んでくださ い)	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、慢性的な疼痛を主症とする疾患※ ※神経痛・リウマチなど同一範疇と認められる慢性的な疼痛を伴うもの。 ( )	
発病年月日	大・昭・平 年 月 日 ・ 不詳	
上記の者について、頭書の疾病により、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		
印		