同　意　書

（はり及びきゅう療養費用）

患　　者	住　　所	
	氏　　名	
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 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．頸椎捻挫後遺症 ７．その他（　　） ※　1～6は、当てはまるものに〇をつけて下さい。 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。	
発病年月日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日	
同意区分	初回の同意　・　再 同 意　（〇をつけて下さい）	
診察日	年　　月　　日	
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

保 険 医 療 機 関 名

所　　在　　地

保　険　医　名

※　保険医が当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）

保険医師名は、診察した医師の氏名を記載してください。