

はり・きゅう 施術同意書

患 者	保険種別	群馬県後期 高齢者医療	その他 ()	被保険者番号	
	住 所				
	氏 名				
	生年月日	明 治 大 正 年 月 日 昭 和			
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 ()				
発病年月日	年 月 日				
初診年月日	年 月 日				
上記の者診断の結果、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 氏 名 _____ ㊞					