

# 同意書

(鍼灸の施術に係る療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
病名等	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 ( )	
発病日	昭和・平成 年 月 日	不詳
往療	1 歩行困難で往療必要      2 歩行可能で往療不要	
<p>上記の者は、慢性的な疼痛が主症である上記の疾病を有し、医師による適切な治療手段がないため、医療上の鍼灸の施術を行うことに同意する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関名</p> <p>所在地</p> <p>保険医氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>		

注 原則として、上記疾病の主治医が記入してください。