

同 意 書

医療機関で記入し
てもらってください。

患 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明治 昭和 大正 平成	年	月 日
病 名	1 神経痛	症 状 (含主訴)		
	2 リウマチ			
	3 頸腕症候群			
	4 五十肩			
	5 腰痛症			
	6 その他			
発病年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日	
同意期間	年 月 日から		力月	
上記の者診断の結果、頭書の疾病により理学的療法として、はり、きゅう、マッサージ指圧、電気療法、温暑法、変形徒手矯正術の施療に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名称 所 在 地 保 險 医 氏 名 ㊟				