

同意書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生

病名	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____

事故年月日	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を認める。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医師名

印

