

同意書

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日

病名	1 2 3 4 5
----	-----------------------

発病年月日	平成 年 月 日
-------	----------

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸及び整骨の施術に同意する。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

