

同意書

(はり・きゅう療養費用)

患者	住所	
	氏名	
	生年月日	和暦 年 月 日
病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他	
発病年月日	和暦 年 月 日	

上記のものについては、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

ファイザー健康保険組合理事長殿

和暦 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印