

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	山形市十日町 2 - 5 - 1
	氏 名	紅花 花子
	生 年 月 日	明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭・平 10 年 2 月 11 日
病 名	1. 神 經 痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 <input checked="" type="radio"/> 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()	同一病名で医科との併行受診はできません。 医科でのレセプト請求が必要のない病名を 御選択ください。
発 病 年 月 日	昭・ <input checked="" type="radio"/> ・平	20 年 10 月 頃 日
<p>上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p>平成 21 年 12 月 16 日</p> <p>保険医療機関名 ○×クリニック</p> <p>所 在 地 山形市〇〇町 1 - 1 - 1</p> <p>保 險 医 氏 名 山形 太郎</p>		

