

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院の施術に同意する。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

印