

再同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()	
発病年月日	昭・平 年 月 日	
往療の有無	往療を ①要する ②要しない	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に再同意する。		
平成 年 月 日		
保健医療機関名		
所 在 地		
保 険 医 氏 名		
印		