

# 再 同 意 依 頼 状

先生御侍史

下記の患者様については、年 月 日、先生より同意書を発行して頂き健康保険で鍼灸施術を行ってまいりました。  
その施術経過をご報告いたしますとともに、再度同意書の発行をお願い致します。

患者氏名	様	生年月日	大・昭・平	年	月	日	生
前回同意日		年		月		日	
前回病名							
発病年月日	昭・平・令	年		月		日	

施術経過報告	
前回症状( <span style="margin-left: 20px;">年</span> <span style="margin-left: 20px;">月</span> <span style="margin-left: 20px;">日</span> )	現症状( <span style="margin-left: 20px;">年</span> <span style="margin-left: 20px;">月</span> <span style="margin-left: 20px;">日</span> )
痛み 部位 程度 10・9・8・7・6・5・4・3・2・1・0	10・9・8・7・6・5・4・3・2・1・0
可動域 部位	
筋緊張 部位 <div style="text-align: center;">+++    ++    +    ±    -</div>	<div style="text-align: center;">+++    ++    +    ±    -</div>
その他	

年    月    日

施術所所在地	
	TEL(        )        -
施術所名	
施術者名	Ⓜ