

再 同 意 依 頼 状

先生御机下

下記の患者様は、 年 月 日、先生より同意書を発行して頂き健康保険での鍼灸の施術を行ってまいりました。引き続き鍼灸の施術を希望されておりますので、再度、期間を延長してご同意頂けますようお願い致します。

患者氏名	様
患者生年月日	大・昭・平 年 月 日生
治療経過など	
前回発行して頂いた内容	前回の同意書の写しを添付した場合は、下記の内容の記載は省略させて頂いております。
	発行日 年 月 日
	傷病名 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・令 年 月 日

年 月 日

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合所属

鍼 師・灸 師

住 所

施術所名

氏 名

印



北海道知事認可

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 電話(011)213-1033