

# ASP鍼施術同意書

フリガナ		男 女	生年 月日	西 曆	年	月	日
氏名					(満 歳)		

質 問 事 項	回 答 欄		担 当 者 記 入 欄
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名( ) 病名( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。 ・現在、血液をサラサラにする薬(ワーファリン等抗凝固剤)を飲んでいますか。(禁忌)	はい	いいえ	
・血友病ですか？(禁忌)	はい	いいえ	
・糖尿病ですか？(要注意、末梢神経障害や末梢循環障害がある場合は禁忌)	はい	いいえ	
・刺鍼予定部位周辺になんらかの皮膚病がありますか？(禁忌)	はい	いいえ	
・人工弁の手術を受けたことがありますか？(禁忌)	はい	いいえ	
女性の患者様へ ・現在妊娠中ですか？(要注意)	はい	いいえ	
ASPセラピー説明書を読みましたか。 「3)施術後に必ず守っていただきたいこと」を必ず守りますか。	はい	いいえ	
施術から2日～1週間経過後、抜鍼処置のために来院することができますか。	はい	いいえ	
金属アレルギーはありますか？	はい	いいえ	
ASP鍼の使用について質問がありますか。	はい	いいえ	

**担当者の記入欄**  
 以上の結果を踏まえて、ASP鍼を使用した施術は ( 可能 ・ 見合わせる )。  
 本人に対して、ASP鍼を使用した施術の効果・目的、副作用の可能性や施術後の注意点などについて、説明をした。

日本ASPセラピー普及協会 会員                      担当医師    ㊞

**患者様の記入欄**  
 担当医師の説明を受け、ASP鍼を使用した施術の効果・目的、副作用の可能性や施術後の注意点などについて理解した上で、本施術を ( 希望します ・ 希望しません )。

\_\_\_\_\_ 年    月    日                      本人自署 \_\_\_\_\_

**代諾者自署**  
 (親権者、後見人、その他これに準ずる者)

- 本日は以下の効果を期待して耳ツボを選びました。
- ① 疼痛に対して(米軍が採用しているツボとほぼ同一です)
  - ② その他

記入後、コピーし、原本を保管(カルテに添付)し、コピーは患者さんへお渡し下さい。