

問診表

作成日

フリガナ:

大 昭
平 令

年 月 日生

お名前:

男 女

才

〒
ご住所:

携帯電話:

ご自宅:

被保険者のお名前 ※ご本人の場合は必要ありません

ご来院のきっかけ

フリガナ:

ご紹介(ご紹介者名
インターネット・ホームページ・口コミサイト
ご近所・外壁ポスター・ブラックボード
その他)

お名前:

■どの部分の治療をご希望ですか?

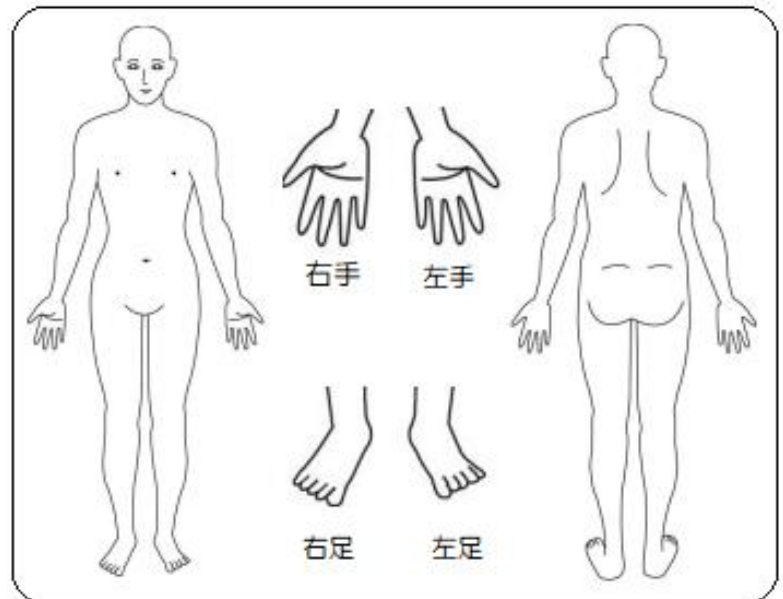
右の図に○印をつけて下さい →

■症状が出た時の状況を書いてください

・いつ 年 月 日頃から
日前から

・どこで []
※自宅、公園、道路など

・どうした []
ひねった、転んだ、重いものを持ったなど



■右の欄より該当する場合は○印、
もしくは内容をご記入ください →

■同じ症状で治療をお受けになったことはございますか?
※他の接骨院、整形外科など過去の受診歴もあればお書きください

・ある ・ない

いつ [] どこで []

妊娠中・ペースメーカー使用・湿布かぶれ
皮膚アレルギー・電気刺激が苦手

その他治療中の病気

()

手術歴

()

服用中のお薬

()

◆健康保険での治療を受ける方は、以下の注意事項をご確認の上、ご署名ください

- ・ 仕事や通勤中の負傷は労災保険扱いになりますので、労災保険をご使用になる場合必ずお申し出ください。
- ・ 同じ傷病の施術の為、既に他の接骨院、病院などに通院されている方は問診時にお申し出ください。
- ・ 単なる肩こり・疲労回復のリラクゼーション・内科的原因・慢性的な痛みは保険適用外となります。
- ・ この書類は保険者からの照会の際、開示する事があります。

ご署名