

予診票



赤枠内のみご記入お願ひいたします

令和 年 月 日()

フリガナ		生年月日	大・昭 平・令	年 月 日()	歳
氏名			自宅	携帯	
住所		TEL			

※施術方法

R 年 月 日

関節部

◎健康保険にて治療するにあたり、受傷日・受傷原因を明確に申請をしなくてはなりません。

わかる範囲でよろしいので、できる限り詳しく記入して下さい。

わからない所は空けておいて頂き、問診の際におっしゃって下さい。

◎痛いところは？ 又は、辛いところはどこですか？

①1番目

②2番目

③3番目

関節部

·それはいつからですか？ 又は、最近で症状が強い日は、いつですか？

① 年 月 日() 午前・午後 時 分

② 年 月 日() 午前・午後 時 分

③ 年 月 日() 午前・午後 時 分

·どこで、どのようにして痛めましたか？ 又は、どのような時に辛いですか？

①

②

③

関節部

◎上記の症状で、他の医療機関等で治療を受けたことはありますか？

(他医療機関で同一部位を治療している場合、保険は使えません。) ある · ない

·どちらで治療されましたか？

病院 科・接骨院・整骨院・鍼灸院・整体・マッサージ・カイロプラクティス・その他()

·なんと診断・説明を受けましたか？

◎次のいずれかに当てはまりますか？

·妊娠中 ·心疾患(ペースメーカー・ステント) ·骨折固定用の金具使用中

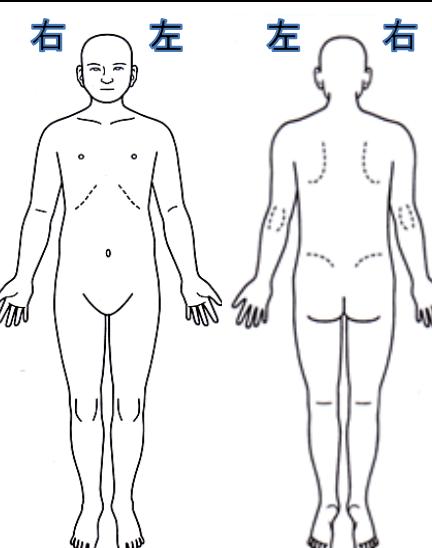
関節部

◎当院は、何でお知りになりましたか？

知人からの紹介(様)・くちこみ・HP・インスタ・インターネット・チラシ・看板

家が近い・会社が近い・以前通院されたことがある・その他()

※電話番号と郵便番号を保険請求の書類に記載することに… 同意する · 同意しない



※ウォーターベット… 有 or 無