

予診票

赤枠内のみご記入お願いいたします

令和 年 月 日 ()



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

◎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

・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

◎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。) 有る ・ 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

◎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

※施術方法

R 年 月 日

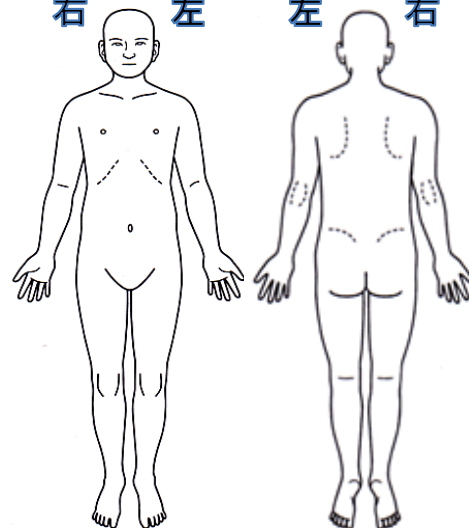
・ 関節部

・ 関節部

・ 関節部

・ 関節部

右 左 左 右



※ウォーターベット… 有 or 無