

予 診 表

親 乳 障

No. 初診 年 月 日 国保 社組 共済 老人 割

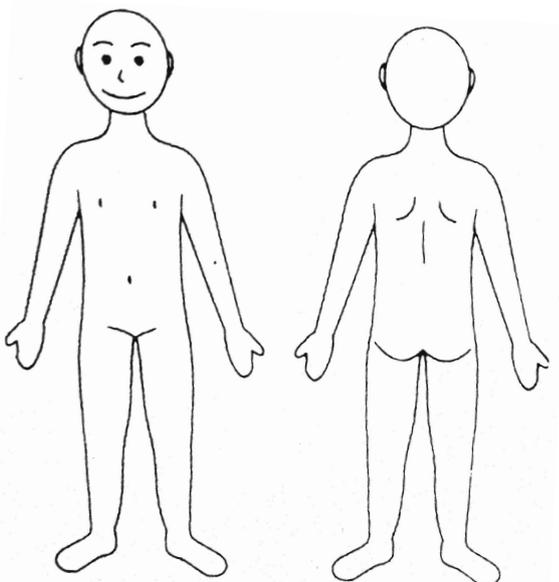
フリガナ お名前	電話番号 ()
生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)	メールアドレス
	職業 (学校名)
ご住所 □□□-□□□□	

◎まずはコースを選んで下さい。

実費診療コース 頭痛・肩こり改善コース 慢性的な痛みやコリの改善

保険適応コース 原因のはっきりしてるケガや痛みが適応です

※保険を利用する方は、必ずケガ・痛みの原因を記入して下さい。原因のない痛みは実費診療となります！

いつから痛みますか？ 今日・昨日・おととい・3日前・1週間前 何時頃？ 時頃	
どこで痛めましたか？ 自宅・学校・職場・道路など (※職場や仕事でのケガは労災になります。)	痛むところを○で囲って下さい。(複数可) 
何をしている時にどのようになりましたか？ (保険希望の方は必ず必要です。)	
他の病院、接骨院で診てもらいましたか？ 病院・接骨院	
※内科的な疾患等がございますか？ <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 頭痛・片頭痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> その他 ()	
◎現在飲まれている薬・サプリメント <input type="checkbox"/> 無い <input type="checkbox"/> 有る ()	
◎当院をどこでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 広告を見て <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 情報誌 <input type="checkbox"/> 紹介 ()	
◎当院では1日でも早く患者様の痛みを取るために、一部自費診療での治療を取りいれております。確定申告等で詳細な領収書の必要な方はお申し出下さい。月ごと、もしくは年度ごとまとめて対応しますのでご了承下さい。 確定申告や傷害保険などの申告用の領収書は必要ですか？ <input type="checkbox"/> 必要 (毎月 / 1年ごと) <input type="checkbox"/> 必要ない	

◎私、 は 月 日の (捻挫、挫傷、打撲、骨折、脱臼) の治療を ののみや接骨院で受ける事に同意します。

◎健康保険組合より保険適正化キャンペーンのアンケートが届く場合がございます。間違った回答をすると困りますので、届いた場合は接骨院までお持ち下さい。