

問診票(受診申込)

初診日 年 月 日

フリガナ () フリガナ ()

お名前 _____ 被保険者名 _____

誕生日 大・昭・平 年 月 日 (満 歳)

携帯電話 () 自宅電話 ()

ご住所

--	--	--	--	--	--

どこを痛めましたか? _____

- 治療の目標を教えてください ①徹底的に改善したい ②定期的に改善したい ③当面改善したい
- 当院を何で知りましたか? ①エキテン ②近所 ③HP ④チラシ ⑤ご紹介(_____ 様)
- ご職業は? ①デスクワーク(_____) ②立ち仕事(_____) ③その他(_____)
- 症状改善の為にしている事、スポーツ歴 行っている事(_____) スポーツ歴(_____) 趣味(_____)
- 現在、通院していますか? ①いいえ ②接骨院 ③整形外科 ④マッサージ ⑤その他(_____)
- 過去の大きな病気、交通事故経歴 病名 _____ (薬: _____)、交通事故 年前

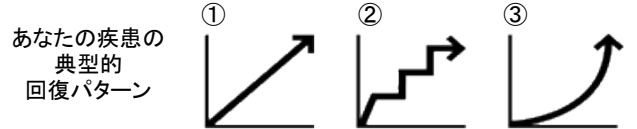
～ 医療費控除は同一家族内で年間合計10万円以上医療機関に支払った場合に適用となります ～

- 当院では保険負担金に加えて、治療に伴う バランス調整費、材料費、技術料 を自費分として別途窓口にて頂いています
- 厚生労働省による保険証利用の指導により、同時期・同部位で整形外科・整骨院の併用は禁止されています。

私は貴院の治療方針に同意します 氏名 _____

受傷日時 _____
原因 _____

患部処置	冷 ・ 常温 ・ 温
来院目安	当面週 日、その後週 日

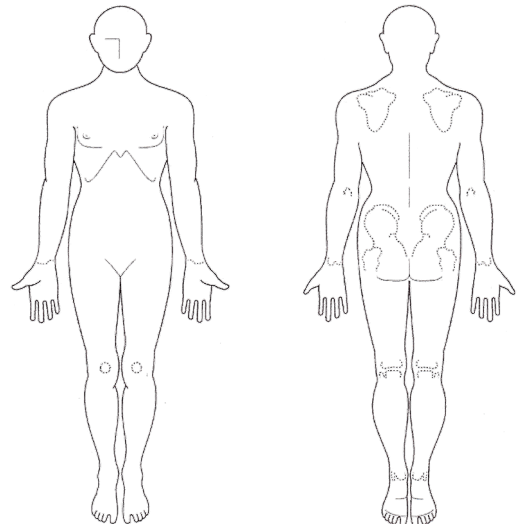


《痛みの部位》

- 頸
- 背
- 肩
- 上腕
- 肘
- 前腕
- 手関節
- 手指
- 腰
- 股
- 大腿
- 膝
- 下腿
- 足関節
- 足指

《患部の状態》

- 捻挫
- 挫傷
- 打撲
- 脱臼
- 骨折



【保険種類】 社・組・国(土木)・共(自衛隊)・後

3週間で痛み撃退! 治ったら何がしたいですか?

バランス整骨院院長: 下田 聖也 048-487-5929