

整骨院・接骨院（柔道整復師）受療照会

下記施術所への受療についてお尋ねします

照会対象者 西谷 瑛美 様
 受療年月 令和03年 5月
 施術所名 バランス整骨院
 通院日数 3日

質問1. 治療を受けた部位についてお尋ねします。（必須）

治療を受けた部位名の箇所にチェックを入れてください。（複数箇所の場合、複数チェック可）

* 該当箇所が無い場合は近隣箇所にチェックのうえ、質問2. その他欄に施術部位をご入力ください。

該当する箇所すべてにチェックをしてください。

Diagram illustrating the body parts for medical consultation, with checkboxes for each area:

- 頭部
- 右肩
- 左肩
- 右上腕部
- 左上腕部
- 右前腕部
- 左前腕部
- 股関節
- 右膝
- 左膝
- 右足首
- 左足首
- 頸部
- 背部
- 左肘
- 右肘
- 腰部
- 臀部
- 左大腿部
- 右大腿部
- 左下腿部
- 右下腿部
- 左指部
- 右指部
- 左中手部
- 右中手部
- 左趾(指)部
- 右趾(指)部
- 左中足部
- 右中足部

▲ページの先頭へ

質問 2. 受療した理由についてお尋ねします。(必須)

該当する箇所にすべてチェックしてください。(複数回答可)

- スポーツなどによる筋肉疲労(筋肉痛)
- 一度治癒した後に自然に痛くなった場合や原因が不明な痛み
- けがをした(外傷性の骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷(肉離れ))
- 病気(神経痛・リュウマチ・五十肩・関節炎・ヘルニア等)からくる痛み
- 交通事故・交通事故による後遺症・第三者による負傷
- 仕事や通勤途中におきたけが
- その他
(入力残り: 全角500文字)

[▲ページの先頭へ](#)**質問 3. 負傷した状況についてお尋ねします。(複数ある場合は負傷日ごとにご入力ください)(必須)**


・いつ(負傷年月日) ・どこで ・なにをしているとき ・どうなった(具体的に)

(入力残り: 全角500文字)

[▲ページの先頭へ](#)**質問 4. 通院日数についてお尋ねします。(必須)**

この月の通院日数はご本人の通院した日数と同じですか?(いづれかにチェックしてください)

- はい
- いいえ
- 不明
- 受診なし

※選択済みの回答を解除する場合は  をダブルクリックしてください。[▲ページの先頭へ](#)**質問 5. 窓口負担額についてお尋ねします。**

該当受療年月日の窓口負担額は、いくらですか。（1ヶ月分の領収書合計金額をご入力ください）

* 不明な場合は、概算でも結構です。

円 （整数6桁以内）

[▲ページの先頭へ](#)

戻る

内容を確認