

NO. _____

Pay・カード

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 〒 _____ 都 道 市 区 府 県 町 村

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
 - ③ HP
 - 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、交通事故経験
 - 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 ～

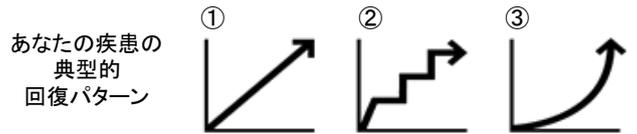
- 当院では保険負担金に加えて、治療に伴う バランス調整費、材料費、技術料 を自費分として別途窓口にて頂いています
- 厚生労働省による保険証利用の指導により、同時期・同部位で整形外科・接骨院の併用は禁止されています。

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

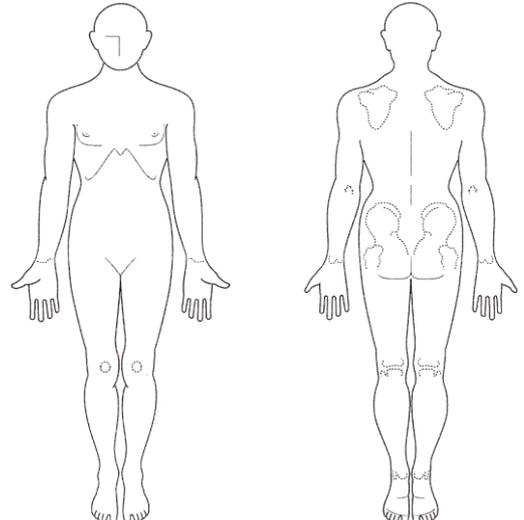


《痛みの部位》

- 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: 上原 隼斗 048-487-5929