

NO.	チケット購入	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(必須)		自宅電話(必須)				
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グーグル ③近所 ④HP ⑤チラシ ⑥ご紹介 (様				
●当院のホームページはご覧になりましたか？		①はい ②いいえ 検索したキーワードがあれば教えてください(				
●ご職業は？		①デスクワーク() ②立ち仕事() ③その他(				
●症状改善の為にやっている事(必須)		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				
●あなたが興味のあるオプションはありますか		①骨盤 ②猫背 ③食いしばり ④自律神経安定 ⑤ハリ治療 ⑥小顔 ⑦顎矯正 ⑧美				
～ 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	患部処置	冷 ・ 常温 ・ 温
原 因	来院目安	当面週 日、その後週 日
あなたの疾患の典型的回復パターン		
		
		