

予 診 票

本状に、ご記入の上ご持参にて実費治療初診料or脊椎矯正治療を一回サービスいたします。

フリガナ

氏名 _____ 性別 男・女 電話番号 _____

住所 _____

ご職業 _____ (お仕事の内容・仕事中の体勢をお聞かせください)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生まれ(才)

1. どこが痛いですか？

痛い箇所に印を付けて下さい。⇒

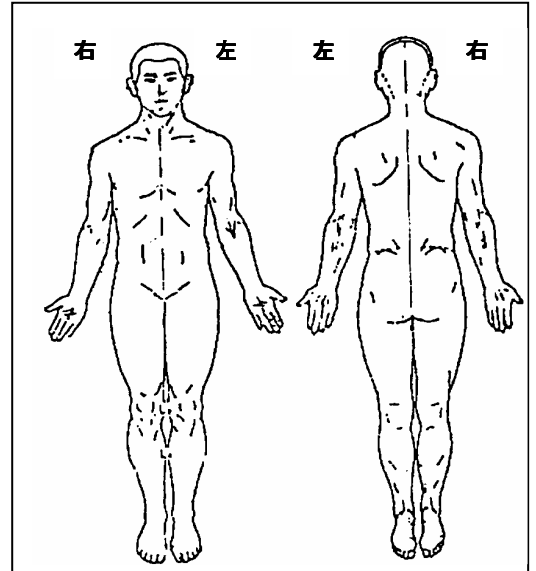
2. いつ・どこで・どのようにして痛められましたか？

(仕事が原因で痛めた場合は労災の扱いとなります。)

日時 _____ 午前・午後 _____ 時 分頃

場所 _____

負傷の原因 _____



◎ 原因が不明なものは保険外になる場合がありますので解る範囲で必ず記入して下さい。複数ある場合はそれぞれについてご記入ください。

3. 今回痛めたところを、他の整骨院・病院などで診てもらったことがございますか？ (ある・ない)

ある場合 その医療機関名 _____

治療期間 _____ 年 月 日から _____ 年 月 日迄

診断名 _____

治療内容 _____

4. 他の病気はございますか？

(ある・ない)

ある場合 脳・心臓・肝臓・胃・腎臓・腸・すい臓・神経・がん・糖尿・血圧・婦人病・リウマチ

アトピー・アレルギー・大腸・胆のう・甲状腺 その他(_____)

5. 超音波観察(骨、靭帯、腱、筋肉の画像観察)のご希望

保険外で自己負担(一回500円)となります。

希望する・希望しない・まかせる

6. 実費治療(脊椎矯正術:300円～、鍼灸治療等:1000円～)のご希望

希望する・希望しない・まかせる

【アンケート】

当院を選んだ理由は次のうちどれでしょうか？

家から近い・会社から近い・看板・診療時間・設備の充実・ご紹介(_____ 様)

施療技術・対応が良い・インターネット・その他(_____) ◎ わからないところは受付までどうぞ