

問 診 票

来院日： 年 月 日

刃がけ：	T・S・H	年齢	血液型
	年 月 日生	歳	型
住 所：			
受診者TEL：	職 業：		
受診者携帯：	(主な作業)		
email：			
※裏面「健康保険を使って治療を受ける際の注意事項」を読みました。 <input type="checkbox"/> (チェックを入れて下さい)			

●負傷した(痛みを感じた)日

①	年	月	日
②	年	月	日
③	年	月	日

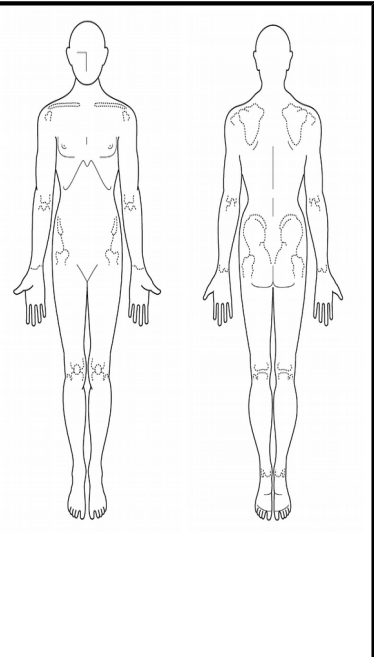
●「どこで」「何をして」「どうなった」をお書きください。

①
②
③

●現在どのような症状でお困りでしょうか？(痛みが出る動作など)

①
②
③

●負傷した(痛みを感じる)箇所に○をつけて下さい。



●上記の症状を病院で診てもらったことはありますか？

<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病名又は医師の説明 ()	

●病院で検査は受けましたか？ はい いいえ

●受けた検査と検査結果を教えてください

<input type="checkbox"/> レントゲン (異常・異常なし)	<input type="checkbox"/> MRI (異常・異常なし)
<input type="checkbox"/> 血液検査 (異常・異常なし)	<input type="checkbox"/> 尿検査 (異常・異常なし)
<input type="checkbox"/> その他 _____ (異常・異常なし)	

●医師から受けている禁忌事項はありますか？(服薬、運動、飲酒制限など)

--

●いままでに受けたことのある施術はありますか？(複数可)

<input type="checkbox"/> 病院 (科)
<input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> カイロプラティック <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> その他 ()

◎健康保険を使って治療を受ける際の注意事項 ※必ずお読みください！

- ※ 整骨院で健康保険が使えるものは、約2週間以内の外傷性の打撲・捻挫・挫傷（肉離れ）です。単なる肩こり、疲労回復などのリラクゼーション目的、内科的要因による疾患では健康保険は使えません。
- ※ 交通事故や第三者行為による負傷は、診療前に保険者（保険証の発行元）に連絡してください。
- ※ 工作中や通勤途中の負傷は労災保険扱いとなり健康保険は使えません。勤務先に労災申請を行ってください。
- ※ 同じ傷病の治療で他の医療機関に通院されている方は、施術前にお知らせください。
- ※ 柔道整復療養費算定基準に則り、ご記入いただいた被保険者（世帯主）電話番号を、当院にて作成する「療養費支給申請書」に記載させていただきます。記載に同意いただけない場合はお申し出ください。
- ※ この書類は、保険者から照会があったとき保険者に開示する場合があります。

【アンケートにご協力ください】

○当院をお知りになりましたか？

家族の紹介 ・ 友人、知人の紹介（名前： ） ・ 看板を見て
インターネット（ホームページ、コミサイト）を見て ・
広告を見て（何を ）
その他（ ）

○当てはまるものはどれでしょうか？（複数可）

今の痛みや辛い症状のみを改善したい 確実に健康な状態まで改善したい
短期間で改善したい 定期的に身体のチェックをして欲しい
その他（ ）

○該当する項目にチェックを入れてください。（複数可）

辛い時間帯： 朝 日中 夕方以降 夜間 常に
既往歴：大きなケガ 大きな病気 事故 手術歴あり
高・低血圧 糖尿病 他の臓器疾患
体 質：冷え性 花粉症 不妊症 アトピー 不眠症 むくみ
便秘・下痢 その他のアレルギー症状（ ）
疲れ目 耳鳴り 偏頭痛 咳や痰 生理痛
生 活：強いストレス 運動習慣なし 喫煙する 睡眠不足

ご協力ありがとうございました。