

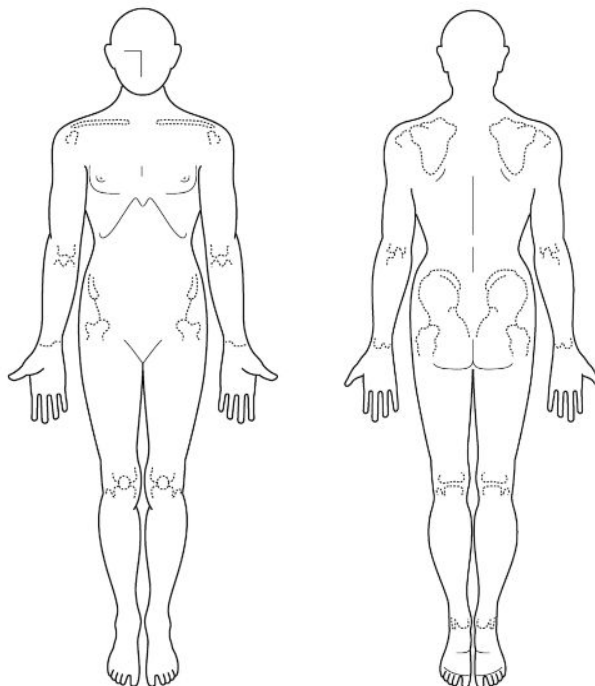
問 診 票

来院日： 年 月 日	フリガナ： お名前：	T・S・H 年 月 日生
住所： 〒		
受診者 TEL：	※下記注意事項をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 受診者TELと同じ 被保険者 (世帯主) TEL：	
職 業：	E-mail：	
※下記「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"/> (チェックを入れてください)		

●負傷した(痛みを感じた)日時

年 月 日 時ごろ
※よく分からないときは最近痛みを感じた日時

●負傷した(痛みを感じる)箇所に○をつけて下さい。



●負傷した(痛みを感じた)場所

自宅 ・ 公園 ・ 道路 その他 ()

●負傷した(痛みを感じた)ときの行動

何をしていた… 就寝中 ・ 家事中 (内容) 歩行中 ・ 運転中 (何を) その他 ()
何をしたとき… 起き上がる時 ・ 立ち上がる時 力んだ時 ・ 普通の状態 その他 ()
どうなった… 転んだ ・ ぶつかった (何に) 伸ばした ・ 捻った ・ 鈍く痛んだ その他 ()

●該当するものがある場合は○を付けてください。

妊娠中 ・ ペースメーカー使用 ・ スtent、避妊リング等の埋込金属あり 湿布かぶれ ・ 皮膚アレルギー () ・ 電気刺激が苦手 傷害保険を利用する ・ 保険外治療希望 ・ その他治療中の病気 ()

◎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!**

※交通事故や自己責任以外の負傷のときは、診療前に保険者(保険証の発行元)に連絡してください。
 ※仕事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なってください。
 ※同じ傷病の治療で他の医療機関に通院されている方は、診察前にお知らせください。
 ※整骨院で健康保険が使えるものは、急性など外傷性の打撲・捻挫・挫傷(肉離れ)・脱臼・骨折です。
 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。
 ※領収証発行義務化に伴い、当院では来院ごとに領収証を発行しております。不要の場合はお申し出ください。
 ※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】

○当院をお知りになった理由をお聞かせください。

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、口コミサイト)を見て ・ 広告を見て(何を)
 ご協力ありがとうございました。