

問診票

番号

当てはまる箱にチェックまたは空欄を埋めてください

年 月 日

患者名	誕生日(年/月/日) / /	医学的「性別」 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
日本での住所または宿泊先 in Japan	電話番号	
本国の住所 (短期滞在者のみ)	国籍	
日本での訪問状態 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 短期滞在 (<input type="checkbox"/> ビジネス <input type="checkbox"/> 休暇) <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 他 ()		
受けたい施術の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険を使った施術 保険証、関連する書類をご提示ください <input type="checkbox"/> 日本の公的健康保険 被保険者名 () 次頁の「日本の公的健康保険での施術の注意事項」を注意して読み理解してください <input type="checkbox"/> その他の保険(日本の民間の健康保険、海外の健康保険、他) 保険会社等にご契約の保険が柔道整復術に有効かどうかお尋ねください	
	<input type="checkbox"/> 健康保険を使わない施術	

●ケガをした日付

事故の日: 年 月 日
大体の時間: (午前/午後)

●ケガをした場所

自宅で 公園で 道路で
 その他 ()

●ケガをしたときの活動

就寝中 家事中
 歩行中 走行中
 運転中(自動車、バイク、自転車、他)
 その他 ()

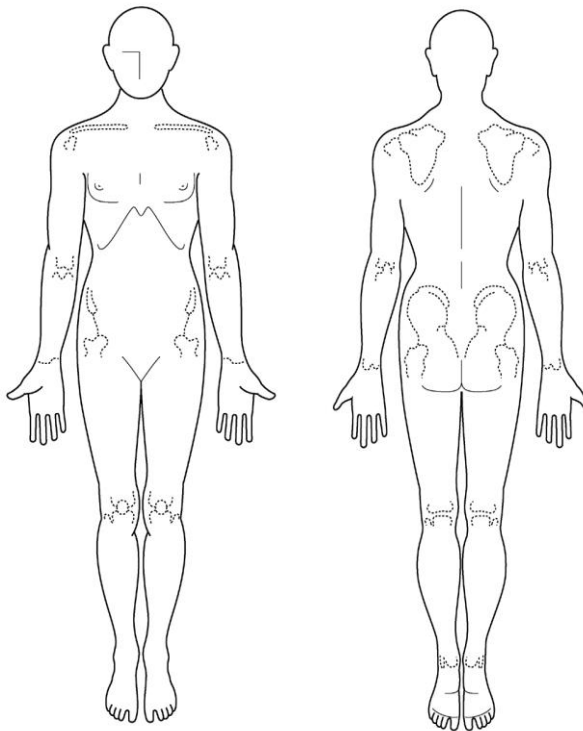
●ケガをしたときの詳しい動作

起き上がる時 立ち上がる時
 力んだ時 特に何もしていない
 その他 ()

●ケガの直接の原因

転んだ ~とぶつかった ()
 伸ばした 捻った
 鈍く痛み出した
 その他 ()

●下の絵にケガの場所を丸してください



問診票は次のページに続きます

当てはまる箱にチェックまたは空欄を埋めてください

- 妊娠している可能性はありますか(女性のみ)
 はい いいえ わかりません
- 医学的な埋込金属がありますか(例:ペースメーカー、ステント、避妊リング等)
 はい いいえ
- 外用薬にアレルギーがありますか(例:シップ、薬用クリーム等)
 はい いいえ
- 電気治療が苦手ですか はい いいえ
- 現在治療中の他の病気がありますか
 はい(病気: _____) いいえ

日本の公的健康保険での施術の注意事項

これらのルールを注意してすべて読み、理解してください。そして右の箱にチェックをしてください。□

1. 整骨院で健康保険が**使えるものは、外傷性の急性/亜急性の打撲・捻挫・肉離れ・脱臼・骨折のみ**です。
2. 同じ傷病の治療を他の医療機関で現在受けている場合は、診察前にお知らせください。
3. 交通事故や自己責任以外の負傷のときは、保険施術前に**保険者に連絡してください。**
4. 仕事中や通勤途中の負傷には日本の公的健康保険は**使えません**、労災保険扱いとなります。**勤務先に連絡**してください。
5. 単なる首肩こり、疲労、内科的要因による疾患では柔道整復の施術に対して日本の公的健康保険は**使えません**。
6. 柔道整復師は来院ごとに無料で**領収証**を発行することが義務づけられています。**不要の場合はお申し出**ください。
7. ご同意のもとで(柔道整復療養費算定基準に則り)お電話番号を「療養費支給申請書」に記載させていただきます。記載にご同意いただけない場合はお申し出ください。
8. 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。

この問診票の記入のご協力ありがとうございます。