

# 診 療 申 込 書

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

携帯電話 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

A. いつ痛くしましたか？  
(A) 今日 (B) 昨日 (C) おととい (D) 3～5日前 (E) その他 \_\_\_\_\_

B. どこを痛くしましたか？  
(1) 右 (2) 左  
(A) 首 (B) 肩 (C) 腕 (D) 手指 (E) 背中 (F) 腰 (G) 大腿部 (H) 膝  
(I) すね・ふくらはぎ (J) その他 \_\_\_\_\_

C. 何をどのようにして痛くなりましたか？  
\_\_\_\_\_

D. そのケガに関してほかの医療機関で診てもらいましたか？  
(A) はい ( \_\_\_\_\_ 医院) (B) いいえ  
はいの方は、何と言われましたか？  
\_\_\_\_\_

E. 現在治療している病気はありますか？ (A) なし (B) ある \_\_\_\_\_

F. 《女性の方に》妊娠している可能性はありますか？ (A) はい (B) いいえ

G. 以前手術をしたことがありますか？ \_\_\_\_\_

H. ペースメーカー、人工関節、インプラント、ボルトなど体に金属が入っていますか？  
(A) はい \_\_\_\_\_ (B) いいえ

I. 治療方法のご希望はありますか？  
(A) 先生にお任せします (B) 最新治療器治療 (C) 手技を中心 (D) ハリ・灸治療

J. 当院を何で知りましたか？  
(A) 電柱広告 (B) 電話帳 (C) 前を通ってみかけた (D) インターネット  
(E) 人に紹介されて・・・紹介者 \_\_\_\_\_ 様

K. 当院にかかるのは？ (A) 初めて (B) 以前にかかったことがある

<労災・交通事故について>

● 診療は原則として健康保険で出来ますが、業務上発生した負傷等については労災又は公傷扱いとなります。また通勤、退社の途中の負傷等も労災の通勤災害扱いとなります。

● 交通事故については原則として自動車賠償責任保険（自賠責）扱いとなります。

(領収書は必要ですか?)

施術料には、衛生材料費、特別電療料及び手技等の保険外費用を含みますのでご了承ください。

月ごとに発行する まとめて発行する 発行しない 毎回発行する 氏名 \_\_\_\_\_