

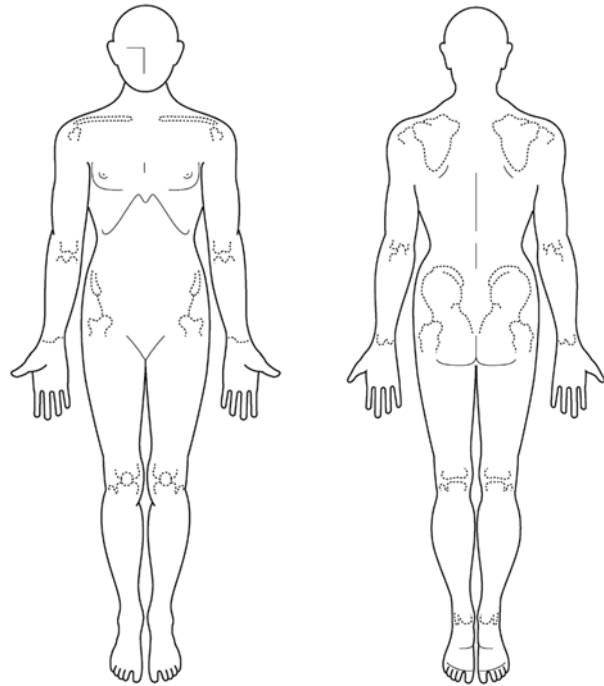
問 診 票

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 TEL： (世帯主)	
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 ・ ステンント、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。

※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。

※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。

【お知らせのハカキをお送りしてもよろしいですか?】

はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。