

フリガナ お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日生	
フリガナ 保険証世帯主名 被保険者名	生年月日 大・昭・平 年 月 日生	
ご住所	〒	
お電話	()	携帯電話
メールアドレス	@	
来院動機	ホームページを見て・ 紹介() 様より)・ チラシ・ その他()	

あてはまるものに✓を入れてください。

最近整骨院に行かれましたか？	<input type="checkbox"/> はい (又、それはいつ頃ですか 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ
はい、とお答えの方はどのような症状で どんな治療を受けましたか？	
かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
現在飲まれているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	女性の方	現在妊娠中である (月)
	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧		現在授乳中である (月)
	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 糖尿病		

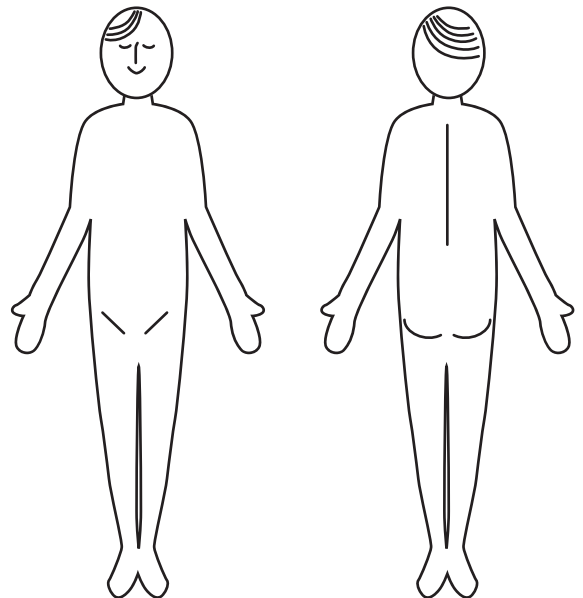
診療について あてはまるものに✓を入れてください。

治療範囲(治療理由)についてお答えください。(複数可)
<input type="checkbox"/> 交通事故(自賠責保険の適応となります) <input type="checkbox"/> 労災(労災保険の適応となります) <input type="checkbox"/> 急にひどい(いつもと違う)痛みがおきたので治療したい <input type="checkbox"/> ケガをしたので治療したい <input type="checkbox"/> 慢性的な症状を治療したい
治療費についてお答えください。
<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、必要なら実費治療も希望する <input type="checkbox"/> 相談して決める
ご希望の自費治療をお選びください。
<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 金粒 <input type="checkbox"/> 相談して決める 整骨院では外傷などの急性症状のみ保険適応となります。

領収書はご入用ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-------------	--

特に気になる部分

調子が悪い部分に○をお書きください。
複数の方は一番悪く感じる部分に◎をお書きください。
(又、それはいつ頃ですか 年 月頃)



痛みのレベルについて

一番痛い時が10なら今はどれくらいですか？

