

予 診 票

平成 年 月 日 時 分

フリガナ

氏 名 _____ 性別 男・女 電話番号 _____

〒 _____ 住 所 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生まれ (_____ 才)

紹介者 _____ 血液型 _____

1. どこが痛いですか？(健保では3か所まで) 痛い箇所に印を付けて下さい。⇒

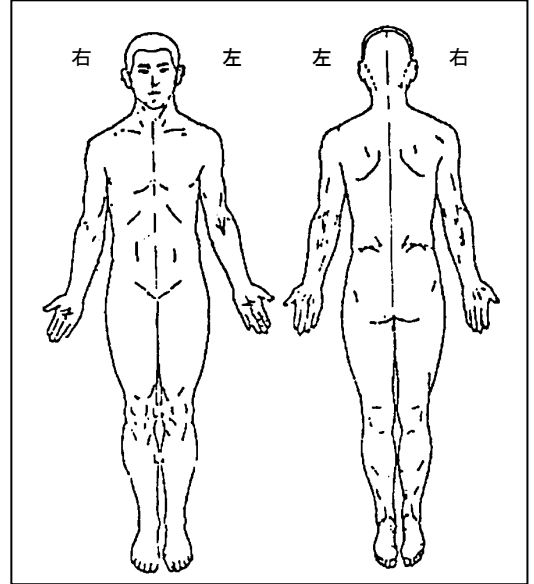
2. いつどの様にして痛めましたか？

(仕事が原因で痛めた場合は**労災の扱い**となります。)

日時 _____ 月 _____ 日 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃

場所 _____

負傷原因 _____



◎ **原因が不明なものは保険外**になる場合がありますので解る範囲で必ず記入して下さい。

3. 今回かかるところを、他所の接骨院・病院などで診てもらったことがありますか？ (ある・ない)

ある場合 その医療機関名 _____

治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

診断名 _____

治療内容 _____

4. 他の病気はありますか？ (ある・ない)

ある場合 脳・心臓・肝臓・胃・腎臓・腸・すい臓・神経・がん・糖尿・血圧・婦人病・リウマチ・アトピー・

アレルギー・大腸・胆のう・甲状腺・その他 (_____)

5. どのような治療を受けたいですか？番号に○を付けてください。

1) 少しでも早く治したい。 2) 先生に任せる。 3) 保険治療でいい。

【アンケート】

当院を選んだ理由は次のうちどれでしょうか？

家から近い・会社から近い・看板・診療時間・設備の充実・紹介・施療技術・対応が良い・その他 (_____)

◎ わからないところは受付までどうぞ 佐藤接骨院