

治療受付用紙

平成 年 月 日

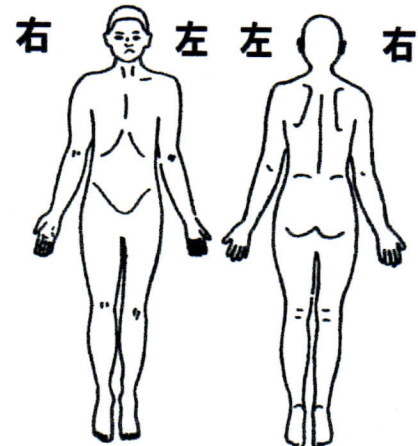
ご住所 〒 -	
お電話番号 () -	生年月日 T・S・H 年 月 日
フリガナ 名前	フリガナ 被保険者
ご紹介者様がありましたらご記入ください () 様	メールアドレス (臨時休診などの情報をお送りします)

※痛めてから3週間以上過ぎたものやはっきりとした原因(いつ、どこで、なにをして?)のない慢性的な症状のもの、就労中のケガなどは健康保険で扱うことが出来ないため自費治療になります。ご不明な点がありましたらスタッフまでお申し付けください。

①どのような治療を希望しますか?

一番痛い所に◎をつけてください。それ以外に痛みのある所に○をつけてください。

- 保険治療 保険・整体併用
- 一般整体 (15分 2000円)
- 疲労回復整体 (20分 3000円)
- マタニティ・産後整体 (20分 3000円)
- クラニアル整体 (10分 3000円)
- 完全整体 (土曜午後・日曜のみ) (40分 5000円)



②今日はどうされましたか?

(健康保険治療をご希望の方は必ずお書きください)

- ・いつ? 平成 年 月 日
- ・どこで? 自宅 会社 学校 その他 ()
- ・なにをして? () をしている時に
- ・どうなりましたか? ひねった 痛めた 打った
- ・どんなとき(動作で)痛みますか? ()

③治療にあたってのご要望はありますか?

- 早く痛みをとりたい 試合や旅行が近い (いつですか) その他 ()
- ・他でみてもらいましたか? (いいえ・はい…どこで)
- ・湿布等でカブしたことが有りますか? (いいえ・はい)
- ・体内に金属や異物はありますか? (いいえ・はい…内容)
- ・手術歴(過去に骨折など)はありますか? (いいえ・はい)
- ・妊娠していますか? (いいえ・はい…ヶ月)
- ・趣味、健康目的でなにかスポーツをしていますか? (いいえ・はい)

ありがとうございました。ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、施術録(カルテ)と同様に厳正に管理いたします。

諸井接骨院