

＜ 予 診 票 ＞

記入日：令和 年 月 日

| | |
|-------------------|------------------|
| フリガナ： 名 前： | 住 所：〒 |
| 生年月日： S・H・R 年 月 日 | 年 齢： 歳 性別： 男 ・ 女 |
| 電話番号： | ご 職 業： |

☆この個人情報、患者様の適切な施術のためだけに使い、他の目的に使用する事はありません。

① <ふく山接骨院>を、何を見てお知りになりましたか？（複数回答可）

- ・ 紹介(紹介者お名前) ・ 以前来ていた(月前・ 年前) ・ 看板
- ・ 当院 HP(検索ワード) ・ エキテン
- ・ 他のポータルサイト() ・ その他()

② <症状・原因>を教えてください。【原因がはっきりしない場合、保険診療になりません。】

☆<痛み・症状のある場所>に○印を付けてください。

☆<いつ>から痛いですか？

【1ヶ月以上前は保険診療できません】

① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日

☆<どこ>で負傷されましたか？

自宅・路上・その他()

☆<負傷・ケガ>をした「原因動作」は？

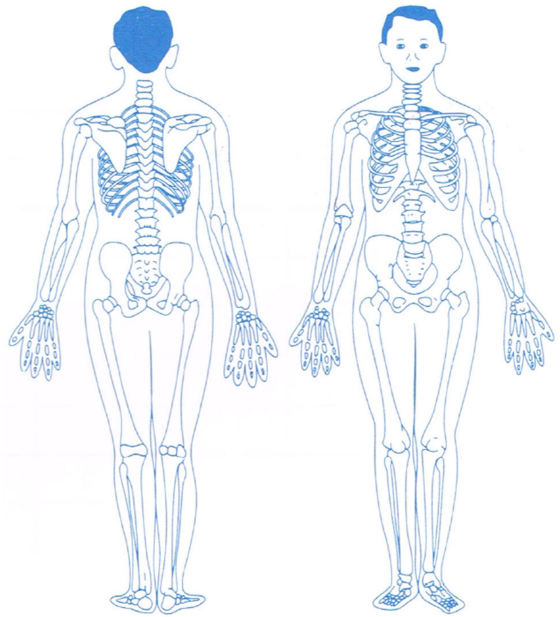
【『ケガ』以外は保険診療できません】

(原因の動き：①)

(②)

(③)

☆交通事故・労災・通勤労災・他()



① <当てはまる症状>に○を付けて下さい。

☆痛い・しびれ(どんな)

☆他の症状()

☆(場所①)が(動き:)した時に痛い。

☆(場所②)が(動き:)した時に痛い。

☆(場所③)が(動き:)した時に痛い。

☆頭痛・顎関節症・耳鳴り・難聴・めまい・鼻つまり・うつ病・心臓・(その他)

☆高血圧・糖尿病・リウマチ・痛風・高脂血症・脳卒中・ぜん息・婦人科系(過去の病気)

② <今回の治療箇所・痛い場所>を、他の医療機関で「検査・治療・お薬」等を受けましたか？

☆受けてない・受けた(月 日：医療機関名) 【重複診療は保険診療できません】

③ 傷害保険（スポーツ保険等）を請求する予定がありますか。

はい いいえ 未定

※「健保組合」等から<問合せ>がありましたら、まずお電話ください。

※「回答書」不備のため<保険適用外>の場合、『全額が患者様負担』となる事があります。

※ご不明な点あれば、ご遠慮なくお尋ねください。

【ふく山接骨院：048 - 663 - 3055】