問診票・施術確認書

平成　　年　　月　　日

フリガナ	ご住所　〒	電話番号
お名前		
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）		男・女
職業	紹介(　　様)・近所(家・職場)・インターネット・情報誌(　　)・チラシ・看板	

★負傷の状況についてご記入下さい

※いつ？

今日　・昨日　・２日前
１週間前　・２週間前　・３週間前
（　　月　　日）
午前　午後　　時頃

※どこで？

自宅（内･外）　庭　　田畑
道路　運動場　体育館
山道　駅　スーパー
旅行中　デパート
その他（　　）

※何をしていて？

歩いていて　遊んでいて　走っていて
物を持ち上げ　立とうとして　寝ていて
階段を下りる　階段を登る　物の整頓
棚の物を取る　自転車　除雪
掃除　草むしり　草刈作業
その他(　　)

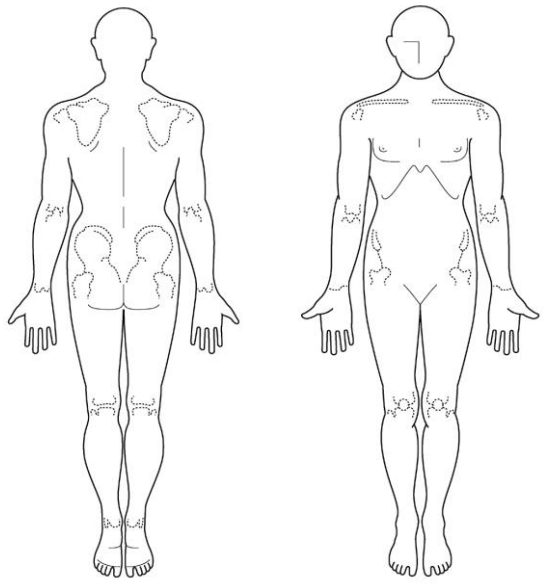
※どのように負傷しましたか？

転んだ　捻じった　打った
滑った　ぶつかった　落ちた
当たった　転倒　踏み外し
その他（　　）

※現在の体調はいかがですか？

病気はありますか？
（病名：　　）
アレルギー体質　テープかぶれ
ペースメーカー　心臓疾患
妊娠･妊婦の疑い　風邪　熱
その他

※どこの部分が痛いですか
痛いところに〇をつけてください



※保険診療をご希望ですか？（はい　どちらでも可）

※保険が適用されない材料費（テーピング等)が
かかることがありますが了解いただけますか？
（はい　いいえ）

※領収書の発行
（毎回　毎月　必要な時まとめて　いらない）

施術内容（無記入欄）

負傷名		負傷日
(1)	捻挫 挫傷 打撲 脱臼 骨折 不全骨折	年　月　日
(2)	捻挫 挫傷 打撲 脱臼 骨折 不全骨折	年　月　日
(3)	捻挫 挫傷 打撲 脱臼 骨折 不全骨折	年　月　日

その他

★同じ負傷で、他の院に受診しましたか？

いいえ　はい　月　日～　月　日
接骨院　病院　医院

・ご記入いただきました情報は、「個人情報の保護に関する法律」に遵守し適正な取り扱いに努めます。
・この書類は、保険者(保険証の発行元)からの照会があったとき、保険者に開示することがあります。

★施術内容等の確認　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　は上記内容に相違ないことを承諾しました。

保険組合は保険診療適正化のため患者様へ負傷原因、治療内容について調査・照会を行っています。
もし誤った回答をすると治療費が全額自己負担となる場合があります。
即答せず当院へご確認いただき正しく回答されることをお勧めいたします。

てつ接骨院