

予 診 票

平成 年 月 日

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？

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？

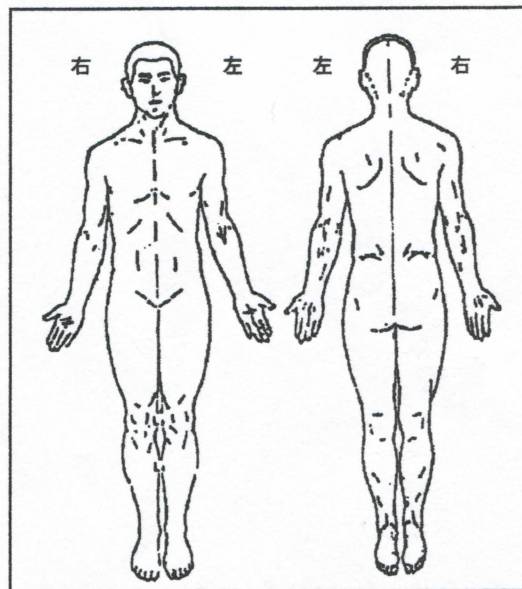
(仕事が原因で痛めた場合は労災の扱いとなります。)

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
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. その他

【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