

施術申し込み

フリガ		性別	男・女	生年月日	大・昭・平
お名前					年
ご住所	〒	-	固定TEL	()	
			携帯TEL	()	
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他(

当院をどの様にしてお知りになりましたか？

- 知人・家族の紹介 家・職場に近い
他の医療機関からの紹介 その他()

ご注意 ◆捻挫、打撲、肉離れ等は健康保険の適用となります。
 骨折、脱臼は応急処置を除き医師の同意が必要です。
◆通勤や職場でのケガは労災保険、
 交通事故によるものは自賠責保険での取扱いとなります。
◆肩こりや原因のない慢性的な腰痛、病気からの痛みは健康保険の適用外です。
 *ご了承頂けた方はサインをご記入ください。

署名 _____

負傷状況を教えてください

◆どこを負傷しましたか？(痛むところを図示(O)して下さい)

◆いつ？

- 今日 昨日 2日前 3日前 1週間前
その他(年 月 日頃) 不明

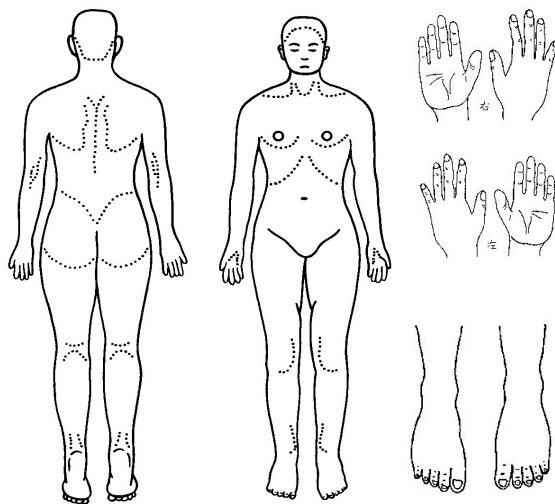
◆どこで？

- 自宅 勤務先など 交通事故
学校 その他()

◆何をしたとき(負傷の原因)？

◆どうした？

- 打った(打撲) 捻った(捻挫)
筋を痛めた、肉ばなれ(挫傷)
動かすと痛む
その他()



現在、病院や接骨院(整骨院)で治療中ですか？

- はい→下記項目にご記入ください いいえ

【病名・負傷名】

処方薬 あり・なし

その他

- ペースメーカー 人工関節 アレルギー() 妊娠中

*ご記入いただいた情報は「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

みの接骨院

施術者記入欄