

# ご案内

カルテNo.

**【整骨院での保険診療には負傷原因が必要となります】**

負傷原因がわからない場合は、問診表「2、〇をした部位について教えてください」の欄は未記入でご提出下さい。  
後ほど治療師が詳しくお伺いいたします。

保険診療の対象は、原因のある負傷(ぶつけた、ひねった等)、医師の同意がある症状、治療師の判断で治療の必要性が認められる症状となります。慢性的な痛みはご相談ください。

**【医療保険法に基づき下記のケガに関しては健康保険は適用されません】**

- ・お工作中的のケガ (※労災扱いとなります)
- ・交通事故でのケガ (※自賠責扱いとなります)
- ・慢性的な症状 例：肩こり、腰痛など

ご不明な点がありましたら、お気軽にスタッフへおたずね下さい。

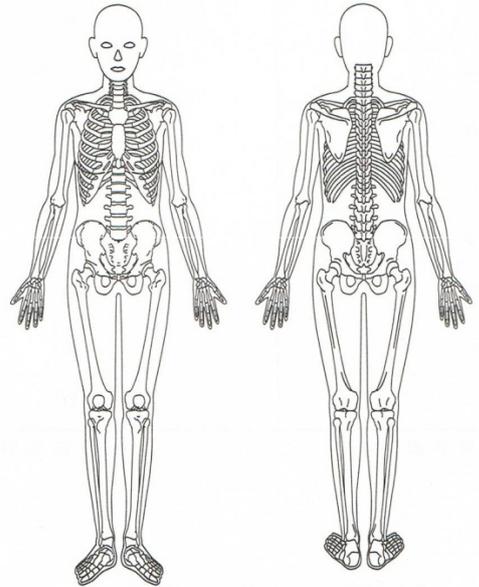
## 問診表

フリガナ		電話番号	( )	携帯番号	( )
お名前		男 女	生年月日	大 昭 平	年 月 日生( 歳)
ご住所	〒			ご紹介者名	

1、具合の悪いところはどこですか。右記の図に〇でご記入ください。

2、〇をした部位について教えてください。

- ・いつから ( \_\_\_\_\_ )
- ・どこで ( \_\_\_\_\_ )
- ・何をしていた ( \_\_\_\_\_ )
- ・どうした ぶつけた ひねった はさんだ 転んだ 落ちた  
突き指 伸ばした 痛めた その他( \_\_\_\_\_ )



4、今回のケガは他の病院等で診療を受けられましたか。

はい ( \_\_\_\_\_ 病院・外科・整形外科・接骨院) ・ いいえ

5、過去に大きな病気やケガをしたことがありますか。

心臓病 糖尿病 高血圧 肝臓疾患 喘息  
リウマチ アレルギー 骨折 その他( \_\_\_\_\_ )

6、ケガや患者様のことで補足することがありましたらご記入ください。

7、当院を何で知りましたか。 1、チラシ 2、都バスアナウンス 3、インターネット 4、その他( \_\_\_\_\_ )

8、キャンペーン情報等を送らせていただいてもよろしいですか。 はい ・ いいえ

●お預かりした個人情報は、「施術」を利用目的とし、施術以外に利用することはありません。