

# 予 診 票

平成 年 月 日

厚生労働省が定めた、接骨院・整骨院での正しい健康保険の使い方をご確認下さい

## 健康保険が使えるもの

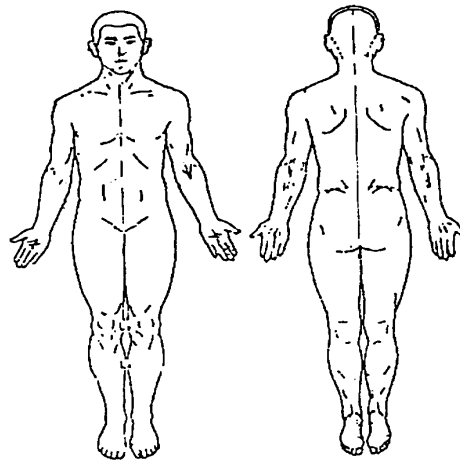
## 健康保険が使えないもの

最近の(目安2週間以内の)ケガ 骨折・脱臼・打撲・捻挫・肉離れ 原因、負傷日のはっきりしているもの 急に出た痛み(ぎっくり腰・寝違え等) スポーツ外傷や、不意の動作の痛み 他院と保険診療の併診をしていない	日常生活での肩こりや腰痛、筋肉疲労 神経の痺れや痛み 昔のケガ・病気・手術等による後遺症 勤務中や通勤中のケガ・交通事故 癒しのマッサージ代わり・リハビリ代わり 他院と保険診療の併診をしている
---	---

1) どうやって当院を知りましたか

ホームページ・エキテン・看板・近いから・以前から・ご紹介者様( )

2) どこが痛いですか、どこを痛めましたか



3) いつから痛いですか、どの様にして痛めましたか

日時

場所

年 月 日 時頃

原因

4) 今回の症状を、他の医療機関等で診察を受けましたか (ある・ない・湿布だけ)

医療機関名

治療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

診断名・治療内容

5) 過去にケガ・交通事故・病気・手術などの経験はありますか

どんな

6)今までに、今回と同様の症状はありましたか (はい・いいえ)

7)何をしている時に、今回の痛い症状が出ますか 又、何をすると困りますか  
症状が出る動作

つらくて困る事

8)この症状が良くなったならば、どんな日常の目標や、スポーツの動きが出来るようになりたいですか  
目標・運動

9)ご希望の施術はどれでしょうか (複数可)

A 痛みを楽にする B 痛みを繰り返さない、体作りをする C 日常の目標、運動を出来るようになる

10)体内にペースメーカーや金属、プラスチック等を使用していますか (ある・ない)

11)領収書は発行いたしますか (必要・不要) 月末の翌月発行になります

12)保険証の『世帯主』の方と、現在同居していますか (している・していない・自分が世帯主)

13)今までご自身が経験したもので、該当するものはありますか (複数可)

整形外科・リハビリ・接骨院・整骨院・はり・きゅう・整体・骨盤矯正・マッサージ・指圧カイロプラクティック・  
トレーニングジム・リンパドレナージ・その他 ( )

ふりがな \_\_\_\_\_ 電話・携帯番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_

交通事故の方はこちらの記入もお願いします

事故年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 警察への届け出 人身・物損・未届

事故の立場 被害者・加害者・自損 \_\_\_\_\_ 弁護士特約 \_\_\_\_\_ 有・無

1 施術方針・頻度・改善見立て 問診メモ欄

2 保険取扱いの注意点と金額

3 その他の不明点・疑問点

御確認済