

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日(明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳  
お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_

(世帯主/被保険者)

生年月日(明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご職業 \_\_\_\_\_ ご来院のきっかけ(近所・通りがかり・インターネット・ご紹介 \_\_\_\_\_ 様)

■どのような症状でお困りですか

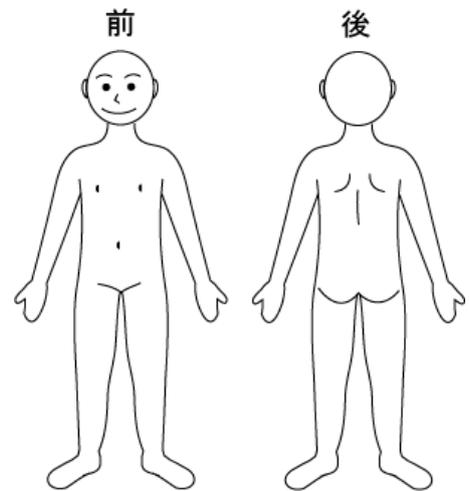
■具合の悪い個所に○を付けて下さい

※慢性の肩こり、腰痛は健康保険治療が出来ません。

■いつ頃からですか

■他の医療機関で診てもらいましたか？

はい・いいえ 病院または整骨院名( \_\_\_\_\_ )



## 保険治療をご希望の患者様へ

■ご確認事項 ※ご確認後チェックをお入れください

保険治療は急性の怪我(骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷)のみとなります

当院では保険治療+保険外治療の混合治療となります

◆その他、ご不明な点はスタッフまでお気軽にお尋ねくださいませ

下記のものであてはまるものがあればチェックをお入れください。

- 心臓ペースメーカーを付けている
- 腎透析を受けている
- 糖尿病をもっている
- 体内に金属(人工関節)などが入っている
- 過去に大きな手術を受けたことがある
- 妊娠またはその可能性がある
- その他、内科的な病気がある

※当院使用欄

No.

領収書の発行について ※必ず○を付けてください。

(領収書は 不要・毎回欲しい・一か月分を1枚にまとめて欲しい)

