

診療申込書

住所 〒

フリガナ

氏名 男・女 年齢 歳 生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 続柄 本人・妻・長男 (男)・長女 (女)・父・母・その他

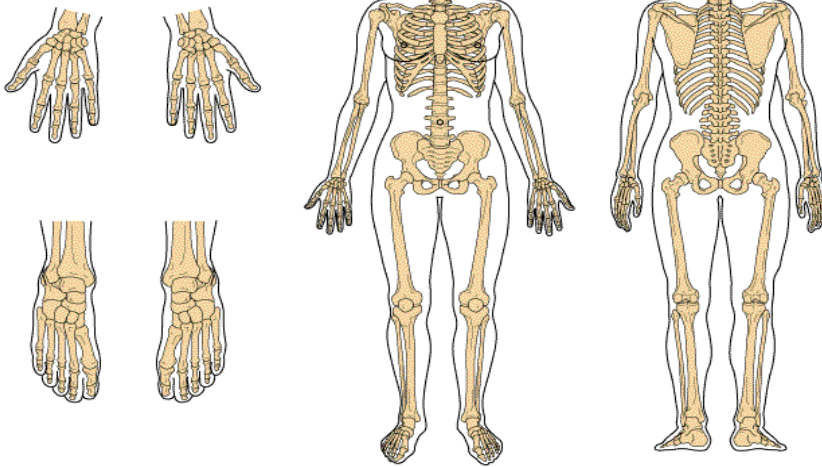
被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日

負傷の状況についてご記入下さい

(通勤途上や職場、交通事故、第三者行為による怪我は健康保険が使用出来ません。詳しくはご相談下さい。)

※**どこの部位を負傷しましたか** (下図の人体図に○をつけて下さい)

■全身と各部位



※**いつ頃負傷しましたか** (痛くなった時期)

昨日・今日・2日前・3日前・4日前・5日前・6日前・1週間前・その他 (年 月 日頃)

※**何をしていた痛みましたか**

※**今までに大きな怪我や病気になった事がありますか** (はいの方は分かる範囲で病名をご記入下さい)

はい・いいえ

※**現在、病院等に通院していますか** (はいの方は分かる範囲で病名をご記入下さい)

はい・いいえ

※**当院では施術終了後、公的領収証を発行しておりますが、ご希望をご選択下さい**

① 毎回領収証が欲しい ② 1か月分まとめて発行して欲しい ③ 領収証は不要

※**当院にご来院されたのは**

①紹介されて (紹介者) ②HPを見て ③インターネット検索で ④その他