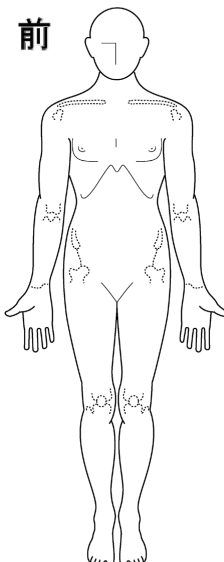
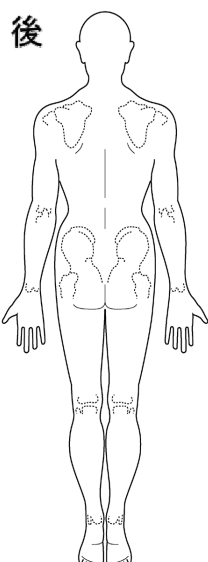


# 予 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	携帯電話番号 (自宅でも可)		
氏名		男・女	-	-	
生年月日	T・S・H	年 月 日 ( 歳)	職業	趣味	
住所	〒 -				

◆来院経緯 紹介 (あり・なし) ご紹介者様( )  
 ホームページ・エキテン・GoogleMap・近所 検索ワードは? ( )

<p>①今回は、どこが痛いですか?</p> <p>③いつ どこで どの様にして 痛めましたか?                  (怪我や急性の痛み の場合は具体的にご記入ください。)</p> <p>日時 _____</p> <p>場所 _____</p> <p>負傷原因 _____                  (↑何をしていた、どうなった。など)</p> <p>④今回の症状を他院で診断されましたか?  <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (はいの方→) <input type="checkbox"/>整骨院 <input type="checkbox"/>病院</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>治療期間 _____</p> <p>診断名・治療内容 _____</p> <p>④病気や手術をされたことがあればご記入ください。                  【病気】ガン・脳梗塞・心臓病・糖尿病・肝炎・高血圧・メタボ                  【手術】人工関節・プレート・ペースメーカー                  その他 ( )</p> <p>⑤現在、飲用している薬はありますか?  <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (はいの方↓)                  ( ) ( ) ( )</p> <p>⑥ご希望の治療の種類について (複数可)  <input type="checkbox"/>整体 <input type="checkbox"/>骨盤矯正 <input type="checkbox"/>鍼 <input type="checkbox"/>希望無し</p> <p>⑦日ごろの生活について                  【体温】 _____ 度 ; 【入浴】 <input type="checkbox"/>毎日つかる <input type="checkbox"/>ときどきつかる <input type="checkbox"/>シャワーのみ                  【睡眠時間】 _____ : ~ _____ : ; 【体重】 _____ kg (差し支えない方はご記入ください。)</p> <p>⑧整骨院の健康保険の取り扱いについて「負傷原因」が必要なことをご存じですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>⑨健康保険での治療を希望されますか? <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>治療者と相談する</p>	<p>②痛い所に○をつけてください。↓</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>前</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>後</p>  </div> </div> <p>【 施術者 記入欄 】</p> <p>* *</p>
--	--