

# 予診表

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	TEL
住所		
職業	紹介者 あり ( ) なし	
どこを痛めましたか	1	2 3
いつ痛めましたか (1ヶ月以内の急性症状は保険可)	平成 年 月 日 午前 午後 時頃	
どこで痛めましたか	自宅 ・ 会社内 ・ 道路 ・ 駅構内 ・ その他	
どうやって痛めましたか	1 工作中的負傷 * 労災手続きはしている はい いいえ 2 通勤途上の負傷 3 交通事故等の第三者行為 この場合、第三者行為による傷病届の届出が必要ですが届出をしましたか イ 届出をした □ 届出をしていない 4 その他(具体的に)	

\* 保険取り扱い希望の方は、負傷した日・場所・原因を必ず記載してください

\* 保険取り扱い希望があっても、検査結果 骨折・脱臼・捻挫・打撲・挫傷の症状に該当しない場合は自由診療となります。

治療の希望をお聞きます

A 保険治療を希望する	B 保険外治療を希望する	下半身調整 上半身調整 ソフト全身調整 全身調整
-------------	--------------	-----------------------------------

何か質問があれば記載して下さい

--