

治療申込書

年 月 日

1. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族の紹介 家・職場が近い 広告 その他 ()

2. 治療費についてのご希望は？

健康保険で なるべく健康保険で (場合によっては説明のうえ実費でも可) 実費

3. 負傷の状況を教えてください

●どこを負傷しましたか？ (痛むところを図示 (○) してください)

●いつ

今日 昨日 2日前 3日前 1週間前

その他 (年 月 日頃) 不明

●どこで

自宅 学校 勤務先 (仕事中) 通勤途上

交通事故 その他 () 不明

●何をしたとき (負傷の原因)

()

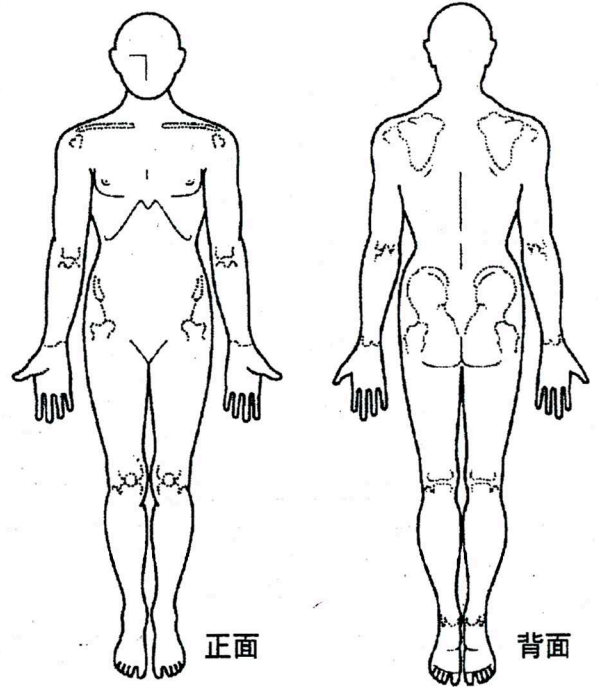
●どうした ※複数回答可

打った (打撲) ひねった (捻挫)

筋を痛めた、肉離れ (挫傷) 動かすと痛む

その他 ()

※詳しい状況を施術担当者にお伝えください



4. 現在、病院や整 (接) 骨院等で治療中ですか？

はい ⇒ 下記項目にもご記入ください いいえ

[病名・負傷名] _____ 医療機関 (病院・整 (接) 骨院・鍼灸院) 薬 (あり・なし)

5. その他

ペースメーカー使用 人工関節使用 アレルギー () 妊娠中

領収証の発行について (領収証は不要 ・ 1ヶ月に1回まとめて欲しい)

ご注意 ◆捻挫、打撲、挫傷は健康保険の適用となります。骨折、脱臼は応急処置を除き医師の同意(書)が必要です。
◆通勤途上や職場でのケガは労災保険、交通事故によるものは自賠責保険による取り扱いとなります。
◆単なる肩こり、ケガでない疲労性の腰痛等は健康保険の適用外です。詳しくはご相談ください。

フリガナ		性別	男・女	生年月日	西暦・明・大・昭・平
お名前					年 月 日
ご住所	〒 -			(自宅)TEL	- -
				(携帯)TEL	- -
ご職業	会社員・自営業・主婦・学生・無職・その他 ()				

ご記入いただいた情報は「個人情報の保護に関する法律」に遵守し適正な取り扱いに努めます