

予診表（健康保険用）

●負傷した（または痛みを感じた）日時

平成 年 月 日 時ごろ

※よく分からないときは最近痛んだ日時

●負傷した（または痛みを感じた）場所

自宅・公園・道路・その他（ ）

詳細（ ）

●負傷した（または痛くなった）ときの行動

※工作中的の負傷は労災保険、通勤中の負傷は通勤災害保険しか使えません。

就寝中・家事（ ）中・歩行中・自転車
・他（ ）

起き上がる時・立ち上がる時・力んだとき
・普通の状態・他（ ）

ころんだ・ぶつかった（何に ）
・ひねった・痛みがはした・鈍く痛んだ
・他（ ）

出血(有・無) 青あざ(有・無) 腫れ(有・無)

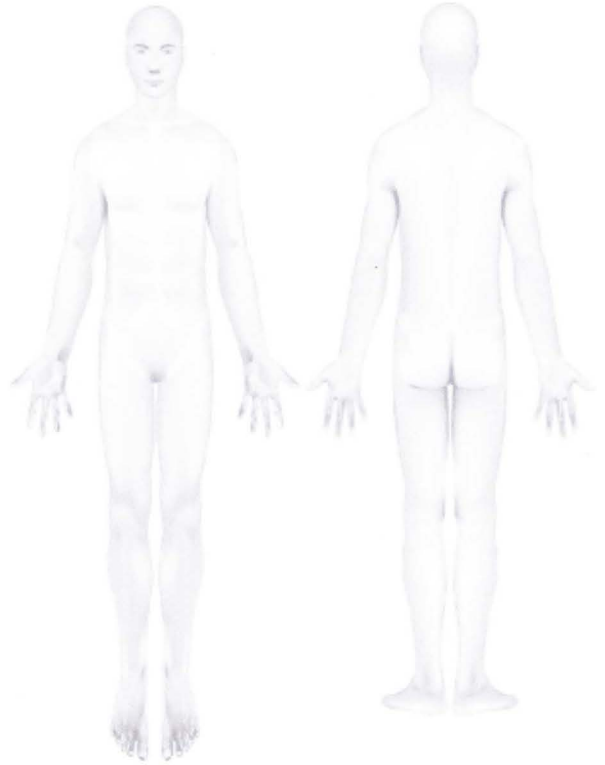
●以下に該当するときは○をつけて下さい。

- ・妊娠中 ・ペースメーカー使用
- ・ステント、避妊リング等の埋込金属あり
- ・湿布かぶれ ・皮膚アレルギー()
- ・電気刺激が苦手 ・自費治療希望
- ・その他治療中の病気()

●ご自宅への郵便物等送付の承認

- ・年賀状、暑中見舞いなどのごあいさつ
 - ・お知らせなど
- 送付不可のものに×印をつけてください。

●治療を希望される箇所に×印をつけて下さい。 (その場所を痛めた状況もできるだけご記入ください)



保険治療では、治療部位ごとに詳しい負傷原因を記帳する義務があります。できるだけ不明な点が無いよう細かく確認させていただきますことご理解願います。

◎ 健康保険（または長寿医療保険）での治療を受ける方は、以下の注意事項をお読み下さい。

- * 交通事故や自己責任以外の負傷のときは、診療前に保険者（保険証の発行元）に連絡して下さい。
- * 工作中や通勤途中の負傷は労災保険扱いになりますので勤務先に申請して下さい
- * 同じ傷病の治療のために既に他の接骨院・病院・医院に通院されている方は、診療前にお知らせ下さい。
- * 保険証を確認できないときは一時的に10割負担となります。
(後日保険証を確認できた時に清算返金致します。できる限り当月内にご提示下さい。)
- * 以下に該当する場合は保険治療が行えません ので院長にご相談ください。
単なる肩こり、疲労回復などリラクゼーション目的、内科的原因による疾患、柔道整復治療完了後のマッサージ以上保険適用の条件に関する注意事項をご確認のうえ、自筆ご署名ください。

平成 年 月 日	〒
	ご住所
	フリガナ
	お名前
	TEL
	e-mailアドレス (任意) @

※この書類は、保険者（保険証の発行元）から照会があったとき、保険者に開示することがあります。

和楽接骨院院長 坪井 昭彦