

問 診 票

溝田接骨院

フリガナ 氏 名	性別 男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所			電話番号 ()		

※ あなたのお身体の状態を知るために、以下の該当するものに☑を入れ、必要箇所はご記入ください ※

※ 原因なし/不明・慢性痛・1か月以上経過したものは保険適用外となり<自費診療>となります ※

◆どこを痛めましたか？ 右の絵に印をつけてください →

◆いつから痛くなりましたか？ _____ 月 _____ 日 / _____ 頃

◆痛くなった「きっかけ」は、なんですか？

いつ？ 私用時間

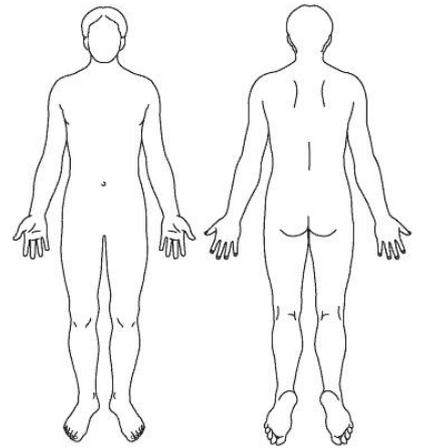
工作中・通勤中（**労災・通勤労災**となります）

交通事故（**自賠責保険**となります）

原因なし・慢性痛・1か月以上経過したものなど（**自費診療**）

どこで？ _____

何をして？ _____



◆当院ご来院のきっかけ ⇒ ご紹介： _____ 様・ホームページ・Facebook/LINE・通りがかり

◆同じ部位で通院されている（いた）病院などがありますか？ ある ない

※「ある」と答えられた方 院名 _____ いつ？ _____ / _____ ~ _____ / _____

◆知らせておきたい事などありますか？（**該当するものに☑**）

大きな病気や怪我で手術や入院をしたことがある（病名等： _____）

妊娠中またはその可能性がある 現在、他の疾患(病気)で薬を飲んでいる

血圧が(高い・低い) アレルギーがある（ _____ ）

ペースメーカー又は骨折固定の金属(人工関節・鋼線等)が入っている

その他：伝えたいこと・聞きたいことなどがございましたら、お書きください

(_____)

◆痛みのために、不便やお困りのことはありますか？

(_____)

◆今の痛みが取れたら、何をしたいですか？したいことはありますか？

(_____)

◆症例等を学会・研究やインターネット等での匿名利用にご協力頂けますか？ はい いいえ

※ 保険者より受診に関する「問い合わせ」が来る事がございます。

その際には、当院に施術記録があり対応できますので、お問い合わせ頂きますようお願い致します ※