

( )

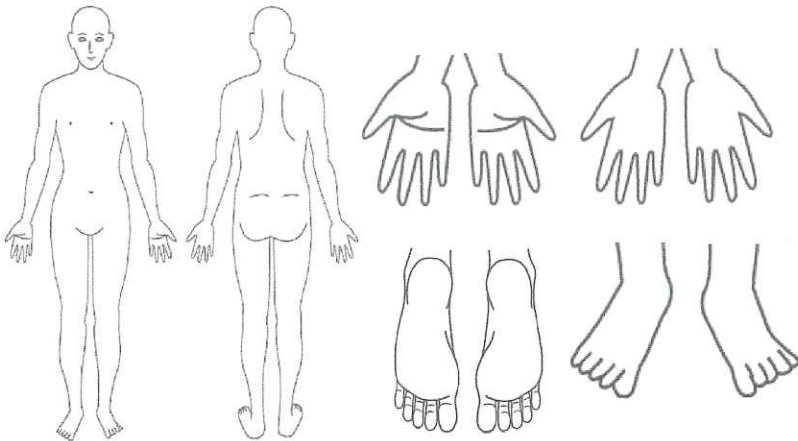
# 問診表



初診日 年 月 日

フリガナ		電話(自宅)	
氏名		電話(携帯)	
住所	〒	紹介者	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 男・女	年齢	才
部活・習い事		職業	

◇ 身体の悪い所に×印をしてください。



### スタッフチェック表

- 原因  負傷部位
- 負傷日  整形との併用
- 学校の管理下  傷害保険の有無
- 治療の目的
- 大会スケジュール確認
- 来院内容最終確認  LINE登録

主訴外

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

◇健康保険を使用される方は必ずご記入ください。

◇痛みが出始めた日(1か月以内)または最近で一番痛みが強かった日【 月 日】

◇原因・痛みが出た時に何をしていたか

※「座っていた」「振り向いたとき」「工具箱を持ち上げた」のように具体的に書いてください。

「**工作中**」「**勤務中**」という言葉が入ると労災保険扱いとなります。

【 \_\_\_\_\_ 】

◇当院以外で現在通っている病院・治療院(複数回答可)【

治療している箇所・内容

上記と同じところ  上記以外 ⇒ お答えください【 \_\_\_\_\_ 】

その病院・治療院に最後に来院された日【 月 日】

◇適正な通院回数、治療費を設定するため該当するものにチェックをつけてください。

①痛みをとる目的をお書きください(例:痛くて仕事にならないため、大会を控えているためなど)

【 \_\_\_\_\_ 】

②一週間のうち来院できる回数(複数回答可)

1回  2回  3回  4回  5回  毎日  週ごとに変わる  本日以降通院不可

③来院可能な時間帯(複数回答可)

9:00~11:00  11:00~12:30  15:00~17:00  17:00~18:00  18:00~19:30

④来院可能な曜日(複数回答可)

月曜  火曜  水曜  木曜  金曜  土曜(18時まで)  祝日(18時まで)

⑤1ヶ月間に使用可能な治療費をお答えください。

【¥ \_\_\_\_\_】 ※この金額を来院できる回数で割って一回あたりのご予算を算出します。  
正確にご記入ください