

# 治療受付票

平成 年 月 日 ( )

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
住所	( 方 号室)	
電話 ( ) -	職業	
世帯主氏名	続柄	ご紹介者の氏名

どのようにして当院をお知りになりましたか。

- ・ 知人、家族の紹介
- ・ 家が近くだから
- ・ 職場が近くだから
- ・ 看板を見て
- ・ 電話帳を見て
- ・ ホームページを見て
- ・ その他 \_\_\_\_\_

今回のけが(痛み)はどのようにして発症しましたか。

いつ 月 日( ) 何をして \_\_\_\_\_

以前、同様のけが(痛み)を経験したことはありますか。

はい・いいえ

約 年 ヶ月まえ 何をして \_\_\_\_\_

今回のけが(痛み)で困っていることは何ですか。

- ・ 日常生活
- ・ 仕事
- ・ 趣味
- ・ スポーツ
- ・ その他 \_\_\_\_\_

今回のけが(痛み)で他の病院・接骨院等に行きましたか。

はい・いいえ

月 日 ~ 月 日

院名 \_\_\_\_\_

受傷部位(痛む場所)を で囲んで下さい。

現在、他の疾患で病院に通っていますか。

はい( )・いいえ

投薬は、 有・無

薬の種類 \_\_\_\_\_

湿布や薬でかぶれたり、アレルギーが出たことはありますか。

はい・いいえ

薬品名 \_\_\_\_\_

現在、妊娠していますか。(女性のみ)

はい・いいえ・わからない

