

平成 年 月 日 受付時間 :

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和 平成 年 月 日生(才)
住所	〒 -		
電話番号	自宅	職種・主な作業( )	
	携帯	スポーツ ( )	
勤務先	学生の方 学校 年 部		
来院のきっかけ	以前来院あり・ホームページ・近所( )様からの紹介・その他( )		

該当するものに記入をお願いします。

1. お悩みの症状はいつからですか？

- 今日  昨日  おととい  1週間前ごろ  2週間前ごろ
- それ以前 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ その他 ( )

2. どこに症状がありますか 症状がある場所に○を付けてください⇒

3. 何をしたときですか？

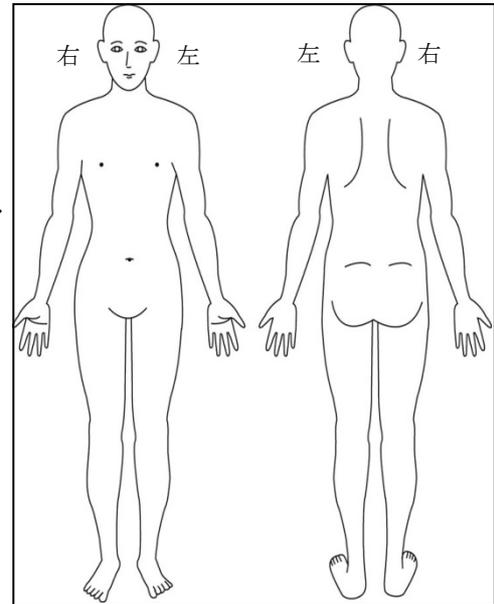
- 転んだ時  物を持ち上げた時  立ち上がった時  寝ている時
- 起き上がった時  振り返った時  走った時  交通事故
- スポーツ( \_\_\_\_\_ で \_\_\_\_\_ した時)

その他( \_\_\_\_\_ をして \_\_\_\_\_ した時)

◎原因が不明なものは保険外になる場合がありますので

わかる範囲で必ず記入してください。

仕事が原因で痛めた場合は労災扱いとなります。



4. どのようにすると症状が出ますか？

- 曲げる  伸ばす  ひねる  押す  引っ張る  立つ  座る  歩く  回す  蹴る  投げる  常に
- その他 ( )

5. 今回かかるところを他所の整骨院、病院などで診てもらったことはありますか？(ある・ない)

ある場合 医療機関名 \_\_\_\_\_  はせがわ整形外科  
 治療期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 日迄 又は 現在通院中  
 診断名 \_\_\_\_\_  
 治療内容 \_\_\_\_\_

※他所の整骨院、病院と同時に同じ負傷部位を治療する場合は保健適応外になる場合があります。

5. 過去に大きな病気、入院、ケガ、手術、交通事故はありますか？(ある・ない)  妊娠中

ある場合 \_\_\_\_\_

6. 何か希望することはありますか？(今後の試合の予定などもあれば教えてください)

保険外治療(自費診療)を希望する マッサージ、鍼灸、テッピング等

( \_\_\_\_\_ )

◎分からないところはスタッフまでどうぞ