

# 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

どのようにして川口市接骨師会のホームページを検索しましたか。

- ・ 職種 (接骨院、整骨院、他の職種 ) ・ 地域名 (川口市、  
鳩ヶ谷市、他の地域 ) ・ 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 受傷部位 (痛む場所) を で囲んで下さい。  
院名 \_\_\_\_\_

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

