

予 診 表

令和1年 月 日

フリガナ
氏 名 _____ 男・女 日中繋がり易い電話番号 _____

住 所 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

ご紹介者 _____

☆以下①～⑤すべてにご記入願います

① 右の図中で傷害・痛む部分に○印をおつけください。



② 診察方法のご希望をお聞かせください。

(いずれかを○で囲んでください)

健康保険診療、 自賠責保険、 労災・通災

自費診療(予約制・当日予約可)

オステパ[®]シー・鍼灸・整体等

③ 健康保険診療をご希望の方は負傷原因を必ず
お知らせください。これがないと保険扱いできません。

負傷日時 月 日 午前・午後 時頃

負傷原因 _____

④ 他の医療機関で今回の患部を診てもらいましたか

治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

診断名 _____

治療内容 _____

⑤ 何か特別な事はございますか。

テーピングや湿布かぶれ体質、
またペースメーカー、金属類などの体内装填、
女性の方は妊娠中等ご報告ください。

