

問診表

ふりがな

お名前： _____

ご住所： _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

お電話： _____

携帯電話： _____

ご紹介者 ご家族() ご友人()

学校 インターネット (ホームページ< PC用・携帯用 >)

その他

どこをどうされましたか

(右図・傷病部位に○印をつけてください)

原因はおわかりですか

それはいつからですか

月 日より

他の医療機関で診てもらいましたか

はい いいえ

そこでどのように言われましたか

診断名： _____

健康保険診療 (部分治療のみ) と

自費診療 (全身筋骨格系調整・マッサージ・

はり・きゅうなど) のどちらをご希望ですか

健康保険診療

自費診療

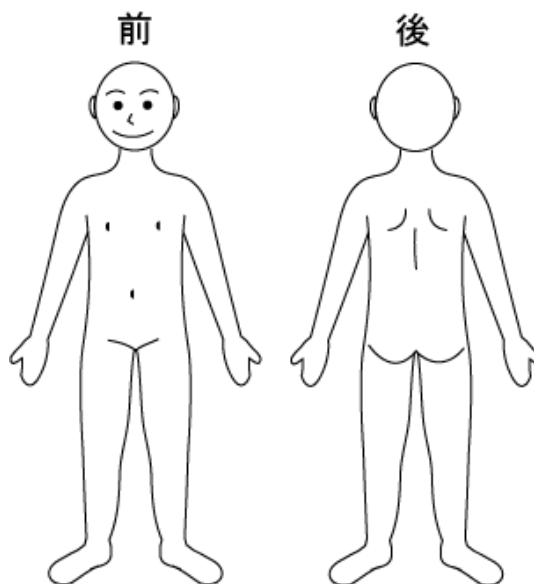
☆健康保険診療は部位別診療となり、外傷性のものに限りです。

☆肩こり、慢性腰痛症、神経痛などの慢性疾患は、

全身調整が必要なため自費診療になります。

☆交通事故・労災の場合はお申し出ください。

☆当院は、みなさまの個人情報の保護に努めています。



吉川整骨院

〒167-0031 東京都杉並区本天沼 2-6-1 1F

荻窪駅北口 日大二高通り沿い

TEL 03-3395-2297

FAX 03-3395-2297

URL <http://www.yoshikawa-seikotsuin.com/>

MAIL info@yoshikawa-seikotsuin.com