

(予診カード)

治療を希望の方は、次の問にお答えください。

◎負傷、または痛みのおこった日時

平成 年 月 日

◎負傷、または痛みのおこった場所 (○をつけてください)

自宅 買物中 路上 学校 グランド 体育館 公園
旅行先 その他 ()

◎負傷、または痛みの原因 (○をつけてください)

1. 立ち上がったとき 2. 寝ちがえた 3. かがんだ
4. とんだ 5. 物を持った 6. 転んだ 7. 手をついた
8. 投げた 9. けた 10. 走った 11. 突き指
12. ぶつけた 13. すべった 14. 起きたとき 15. 中腰
16. 振り向いたとき 17. スポーツ () の
練習・試合中 18. その他 ()

◎負傷されたところ(右図)に

○をつけてください。

◎今回の負傷、痛みでほかの
医院などで治療を受けまし
たか？

うけない

うけた

整形外科 鍼灸院 接骨院

整体 マッサージ

◎ペースメーカー、または手術に
よる金属固定はありますか？

ある ない

◎病気による手術を受けたことが
ありますか？

ある ない

◎アレルギー・アトピー・花粉症・ぜんそく・糖尿病 ありますか？

ある ない

テープ、包帯、さらし、その他の材料費は、自己負担することを承諾し
ます。

平成 年 月 日

氏名 _____

