|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日　　　施術依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日　　　　　　　　　　身長（　　　　　　）ｃｍ****昭・平・令　　　年　　月　　日（　　　）歳　男・女** |
| **名前** |  |

〒　　　　-　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご予約の際に必要となるためご記入ください電話番号　　　　（　　 　）　　　　 　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. **当院は初めてですか**

A初めて（ご紹介者　　　　　　　　様）　　B 以前来たことがある |
| **以下　②～⑥は保険を使用する場合は必須事項です。****内容が詳細でない場合は保険が適応されませんので、できる限り詳しくご記入ください** |
| 1. **いつ痛めましたか？**　**※直近１カ月以内に痛めた、もしくは痛みが増した日時をご記入ください**

　　 令和　　年　　月　　日　　　 午前・午後　　　時　　　分頃　 |
| 1. **どこで（場所）どこを（部位）怪我しましたか？ ※お仕事中のケガは労災が適応されます**

場所（　　　　　　　　　　　）　　　　部位（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. **何をしていて、どのような動作で怪我をしましたか？※サッカーをしていて相手と接触して足を捻った。**

**自然と痛くなった。なんとなく痛い、違和感（痛くない）は保険が使用できません** |
| 1. **②で痛めたケガで整形外科・整骨院（接骨院）に行きましたか？** **※同日での受診はできません**

はい**（　　　　　　　　　　　　　　）整形外科・整骨院**いいえ |
| 1. **上記で「はい」の方にお伺いします。湿布、痛み止めなどの薬の処方はされましたか？**

はい（　　　　　日分）　　いいえ　　**※薬の処方期間中は保険治療が行なえません** |
| 1. **運動している方へ　→　近々、試合や大会はありますか？また、学校やクラブ名もご記入ください**

**試合日　　　　　月　　　　日　　　競技　　　　　　　　　　　学校、クラブ** |
| 1. **今まで大きな怪我や手術の経験はありますか？また持病はお持ちですか？**
 |
| 1. **その他、気になることはございますか**

**・インソール　　・身長検査　　・プロテイン　　・酸素カプセル　　・アスリート脱毛** |
| **記入しないでください****私は上記の理由で〇印△印部分に怪我をしました。****年　　　月　　　日**通常保険**名前**施術箇所学校保険転　院**代理人** |

**こちらの部分が空欄だと、保険治療が行なえません**