（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

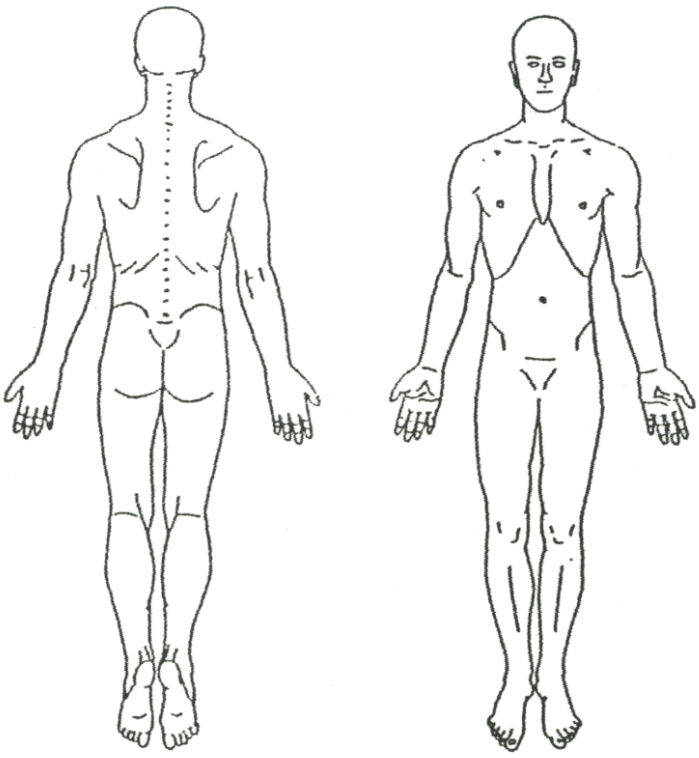
8．投げた　9．けった　10．走った　11．突き指

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うけましたか？

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

◎病気による手術をう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　はありますか？

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿