

受診内容(負傷状況)回答書

必ずご本人(受診者)が、以下の項目にご記入、あるいは をしてください。 整理番号: _____

記入日 年 月 日

「組合員氏名」をご記入ください

組合員証	記号		組合員氏名	
	番号		受療者氏名	

(1) 受診した理由は何ですか？

- ・骨折 脱臼 捻挫 打撲 挫傷(肉離れ)
- ・慢性的な傷病や疲れを癒すため
- ・その他 ()

(2) いつからの痛みですか？

- ・平成 年 月 日 , 平成 年 月 日 , 平成 年 月 日
- ・不詳
- ・その他 ()

(3) どこで痛めましたか？

- ・自宅 ・外出中(私用) ・工作中 ・通勤途中 ・交通事故
- ・不詳 ・その他 ()

(4) 何をしていた痛めましたか？ 該当するところに全て をしてください。

- 1, スポーツ等による単なる筋肉疲労(筋肉痛)
- 2, 骨折や捻挫等が一度治癒した後に自然に痛くなった
- 3, 自然に痛くなった(原因不明)
- 4, 日常生活による単なる肩こり・腰痛
- 5, 日常生活やスポーツ等によりケガをした
- 6, 医師が治療すべきもの(五十肩, 脳疾患後遺症, リウマチ, 神経痛, 椎間板ヘルニア, 関節炎等)
- 7, その他 ()

(5) どこを痛めましたか？ (1. 右肩 2. 右手首等) 具体的に、全ての部位をご記入ください。
 1. _____ 2. _____ 3. _____ {裏の図にも`しるし`をお願いいたします}

(6) 治療内容は？

- ・電気 ・マッサージ ・湿布 ・固定 ・はり ・灸 ・その他()

(7) 負傷した原因や受診した理由を接(整)骨院の方へ説明しましたか？

- ・説明した ・説明していない ・覚えていない

(8) 治療した期間, 日数, 治療費, 現在の状況をご記入ください。

治療期間	照会文書にある受診年月 を含め、前後3ヶ月について ご記入ください。	平成	年	月	日間位
初診日	平成 年 月 日	平成	年	月	日間位
最終通院日	平成 年 月 日	平成	年	月	日間位

窓口での支払い 初回 円 , 2回目以降 円 *領収書と照合してご記入ください。
 *保険外での治療 ・受けた (1回 円) ・受けていない

現在の状況 ・治療 ・中止 ・現在も治療中

(9) 「療養費支給申請書」の委任欄に受診した患者さん本人が署名または捺印しましたか？

- ・自分で署名した ・自分で捺印した ・印鑑を窓口にあずけた
- ・署名のことなど知らない ・署名, 捺印とも自分のものではない
- ・その他 ()

裏面に続きます

〔10〕 今回の接(整)骨院での治療と同時期に、同じ痛みにより他の医療機関を受診されましたか？

・ 受診した 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

病院名

医師から言われた傷病名

* 病院の医師から言われた内容を接(整)骨院に伝えましたか？

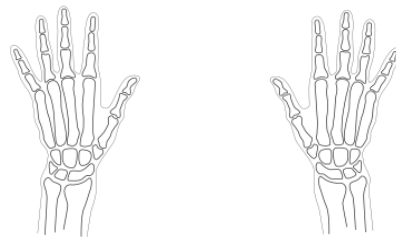
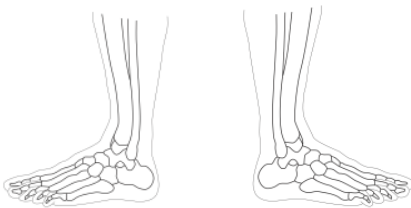
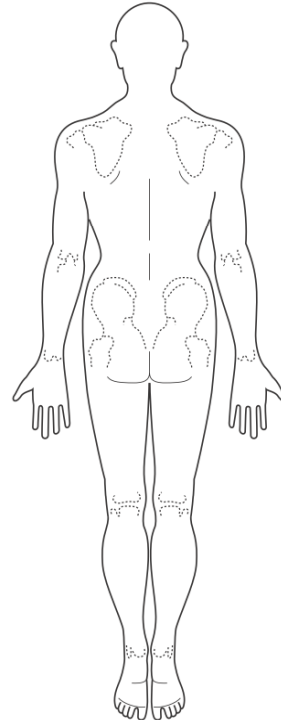
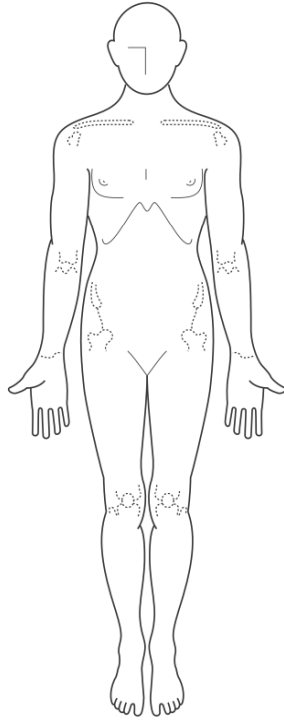
・ はい ・ いいえ

・ 受診していない

〔11〕 負傷した箇所に×印、治療した箇所に 印を付けてください。

全身図 前面

全身図 後面



左足首

右足首

左手

右手

〔12〕 今回照会した受診内容に関して、何かお気づきの点がございましたらご記入ください。

ご回答ありがとうございました。

今回の調査(照会)についてご回答いただいた内容は、柔道整復師療養調査以外には使用いたしません。