

## (受診内容回答書)

受診者：\_\_\_\_\_様

受診年月 平成 年 月 窓口支払額 \_\_\_\_\_円 通院日数 \_\_\_\_\_日

柔道整復師名：\_\_\_\_\_ 整骨（接骨）院名 \_\_\_\_\_ 整骨院 \_\_\_\_\_

\*御署名をお願いします。

柔道整復師の施術について、下記のとおり回答します。 \_\_\_\_\_年 月 日

受診者氏名（ご署名）\_\_\_\_\_

上記の受診年月に受診しましたか。○で囲んでください。

1. 受診していない                      2. 受診した

受診した方は療養費を柔道整復師に委任（署名）しましたか。

1. 委任（署名）した      2. 全額自己負担した  
3. 覚えていない（わからない）

受診した方は負傷原因に○をしてください。

1. けがをした      骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷（肉離れ）  
2. けが以外      肩こり等肉体疲労・スポーツ等による筋肉痛  
3. その他の病気（リウマチ・ヘルニア・五十肩等）

上記の窓口支払額は御本人の支払った金額と同じですか。

違う場合は金額を記入してください。

1. 同じです      2. 覚えていない      3. 違います（ \_\_\_\_\_円）

上記の通院日数は御本人の通院した日数と同じですか。

違う場合は日数を記入してください。

1. 同じです      2. 覚えていない      3. 違います（ \_\_\_\_\_日）

負傷した原因を柔道整復師に説明されましたか。○をしてください。

1. 問診票に記入した                      2. 口頭で説明した  
3. 説明していない                      4. 覚えていない

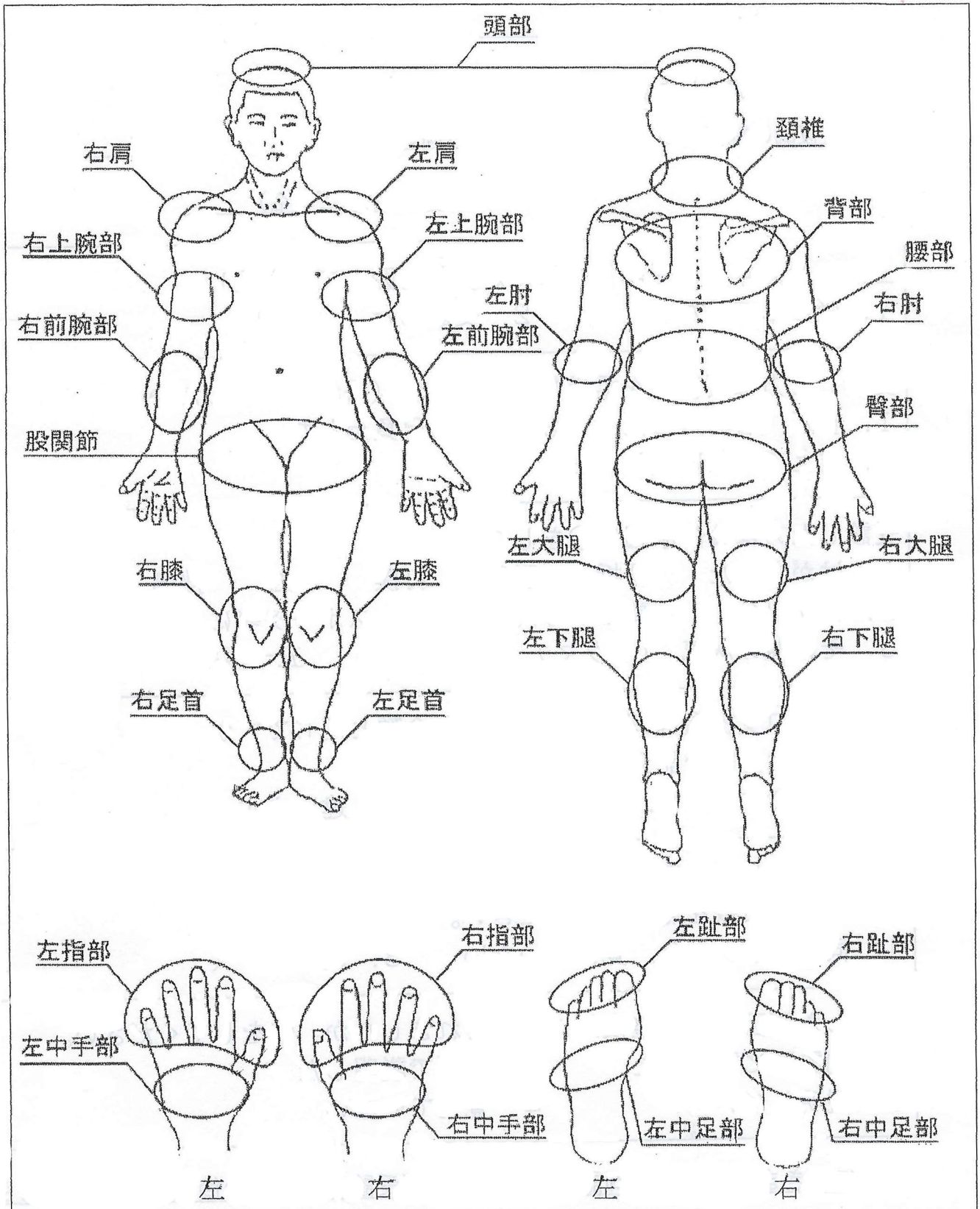
別紙に続きます（別紙も御記入ください）※受診した身体の箇所をお答えください。

(受診内容回答書)

施術を受けた所を黒くつぶしてください。又は○をしてください。

施術を受けた所が不明の場合は記入の必要はありません。

※複数箇所の場合はすべて記入してください。



ご回答いただきありがとうございました。同封の封筒により返送いただきますようお願いいたします。