

(受 診 内 容 回 答 書)

受診者： _____ 様

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

柔道整復師名： _____ 接骨（整骨）院名： _____

私の受けた施術（治療）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） _____

受診者の電話番号 _____

上記の受診年月に受診されましたか。○をしてください。

- 1. 受診した
- 2. 受診していない

受診された際に療養費支給申請書（レセプト）に委任署名をされましたか。

- 1. 自分で署名した
- 2. 署名していない
- 3. 自分で署名できないので代筆してもらった
- 4. 覚えていない（わからない）

受診の理由についてお尋ねします。

- 1. 身体に何らかの損傷やケガがあり受診した
- 2. スポーツや運動によって明らかな損傷やケガが発生して受診した（骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷（肉離れ）など）
- 3. 日常の繰り返し動作等により損傷が発生し受診した
- 4. 一度治癒した後自然に痛くなったり、原因不明の痛みがあり受診した
- 5. 身体には何も損傷がないが健康保持のため受診した
- 6. 慢性の症状の治療のため受診した（肩こり等肉体疲労・スポーツ等による筋肉痛・リウマチ・ヘルニアなど）

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。

- 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。

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

受診の理由となった損傷の原因を柔道整復師に説明されましたか。

- 1. 問診票に記入した
- 2. 初検（初診）を受ける際に口頭で説明した
- 3. 初検を受けていない
- 4. 説明していない
- 5. 覚えていない

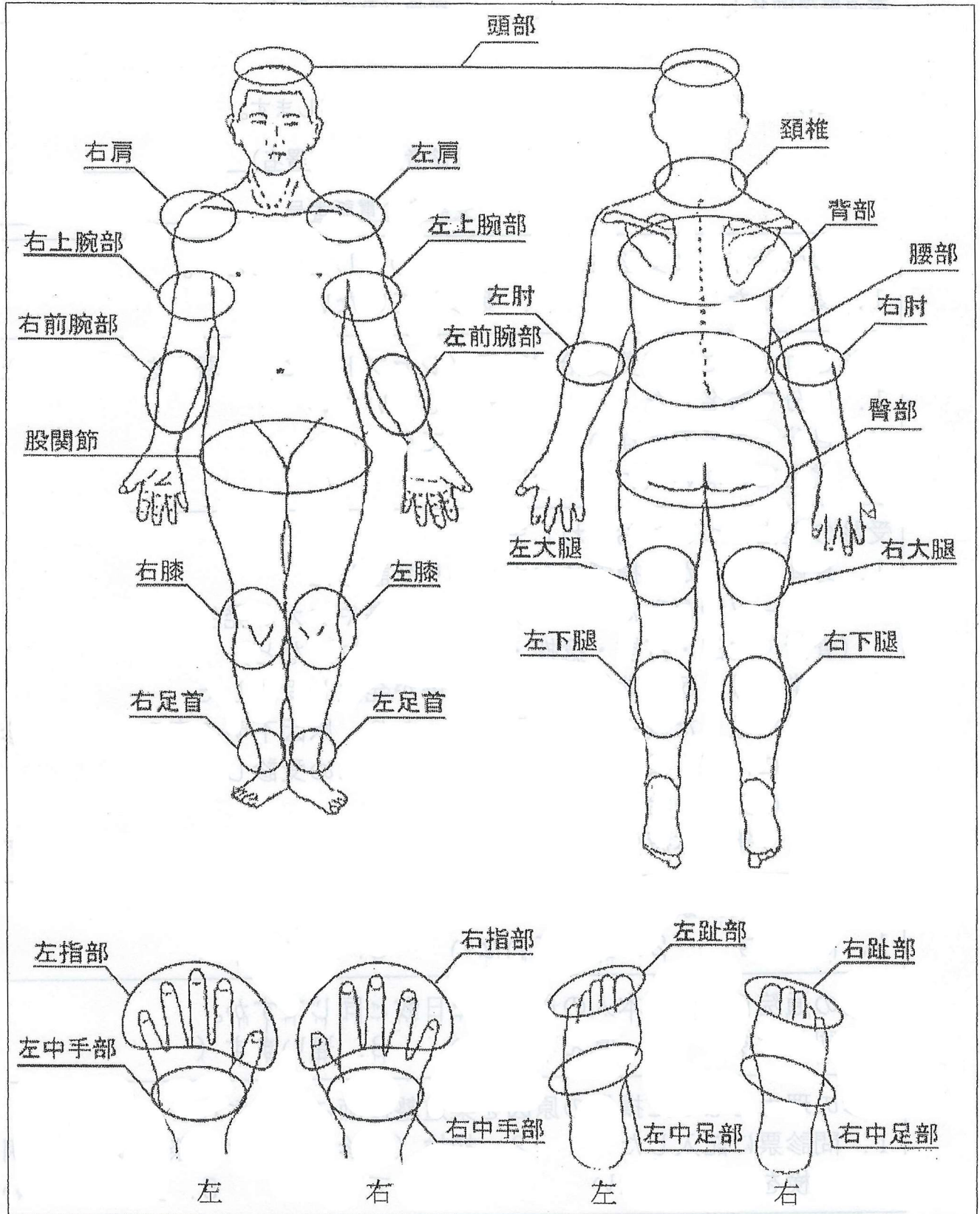
別紙に続きます（別紙も御記入ください）※受診した身体の箇所をお答えください。

(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。