

整骨院・接骨院（柔道整復師）受療照会

下記施術所への受療についてお尋ねします

照会対象者 様

受療年月 平成 年 月

施術所名

通院日数 日

質問 1. 治療を受けた部位についてお尋ねします。（必須）

治療を受けた部位名の箇所チェックを入れてください。（複数箇所の場合、複数チェック可）

* 該当箇所が無い場合は近隣箇所をチェックのうえ、質問 2. その他欄に施術部位をご入力ください。

※ 治療を受けた部位のチェックは必ず行ってください。

□ 頭部

□ 右肩 □ 左肩 □ 頸部

□ 右上腕部 □ 左上腕部 □ 背部

□ 右前腕部 □ 左前腕部 □ 左肘 □ 右肘 □ 腰部

□ 股関節 □ 左前腕部 □ 臀部

□ 右膝 □ 左膝 □ 左大腿部 □ 右大腿部

□ 右足首 □ 左足首 □ 左下腿部 □ 右下腿部

□ 左指部 □ 右指部 □ 左趾(指)部 □ 右趾(指)部

□ 左中手部 □ 右中手部 □ 左中足部 □ 右中足部