

[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

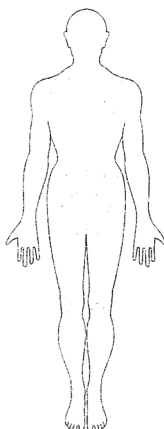
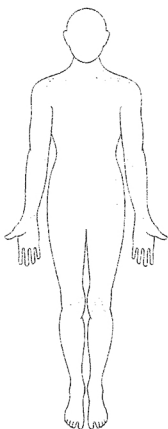
医師から言われた傷病名

* 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。



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。

[13] 回答書の代筆の場合、代筆者氏名() 受診者との関係()

※ 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ので、ご安心ください。