

# 交通事故問診票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日

●事故発生日 年 月 日

●事故の状況

自分（ 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ）

相手（ 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 ）

●自己の立場

被害者・同乗者・加害者・自損事故

●お使いになる保険

相手の自動車任意保険・ご自身の自動車任意保険

健康保険・労災保険・自費・他

●どのような症状でお悩みですか。

●その症状はいつ頃からですか。

年 月 日頃から

●他院で治療を受けましたか。

いいえ はい→医療機関・整骨院名（ ）

●これまでにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。

いいえ はい→（ ）

●定期的に内服している薬はありますか。

いいえ はい→（ ）

●薬や食べ物のアレルギー、合わない薬や湿布がありますか。

いいえ はい→（ ）

●ご希望の検査や治療はありますか。

レントゲン エコー リハビリ 注射 飲み薬 湿布

●診断書の希望はありますか。

いいえ はい→提出先（警察・保険会社、勤務先、その他）

●女性の方へお聞きします。

妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 いいえ はい

授乳中ですか。 いいえ はい

●当院を選んでいただいた理由

家族や知人のすすめ 看板を見て ホームページを見て 他病院の紹介

自宅から近い 新聞・広告を見て 以前来院したことがある その他（ ）

事故の状況をご記入ください。

症状のある部位に○をつけてください。

