

# 問診票( 交通事故用 )

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前  様	男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生 ( 才 )
住所 〒 -	職業名(内容：どのような作業が多いですか?)	
電話番号 - -	携帯番号 - -	

## 1. 事故の状況を教えてください

事故発生時刻 年 月 日 時頃

自分 ( 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 )

相手 ( 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 歩行 )

### 事故の状況

追突事故 ・ 正面衝突の事故 ・ 出会い頭の事故 ・ 接触事故

横転事故 ・ 単独事故

具体的に ( )

## 2. 事故の立場

被害者 ・ 同乗者 ・ 加害者 ・ 自損事故

## 3. どのような症状でお悩みですか？

むちうち (首の痛み)    背中・腰の痛み    手足の痛み

手足のしびれ    頭痛    吐き気    その他( )

## 4. その症状はいつ頃からですか？

本日    昨日     月 日より

## 5. これまでにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

いいえ    はい→高血圧、糖尿病、喘息、肝臓病、腎臓病、心臓病、その他 ( )

## 6. 今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ    はい→ ( )

## 7. 定期的に内服している薬はありますか？

いいえ    はい→ ( ) お薬手帳があれば提出をお願いします。

## 8. 今までに注射やお薬で体に異常 (アレルギー) が起きたことはありますか？

いいえ    はい→ ( )

## 9. 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

## 10. 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 ( )

## 11. 今回の事故での症状で、どこか他所で治療を受けられましたか？

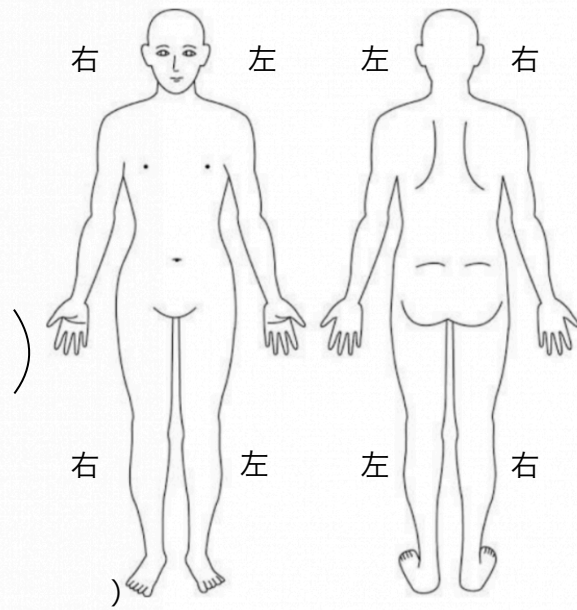
医療機関 ・ 整骨院 ・ その他 ( )

## 12. 当院を何でお知りになりましたか？

・ 知人    ・ 当院ホームページ    ・ その他医療機関 ( )

・ 広告 ( )    ・ その他 ( )

症状のある部位に○をつけて下さい。



ご協力ありがとうございました