

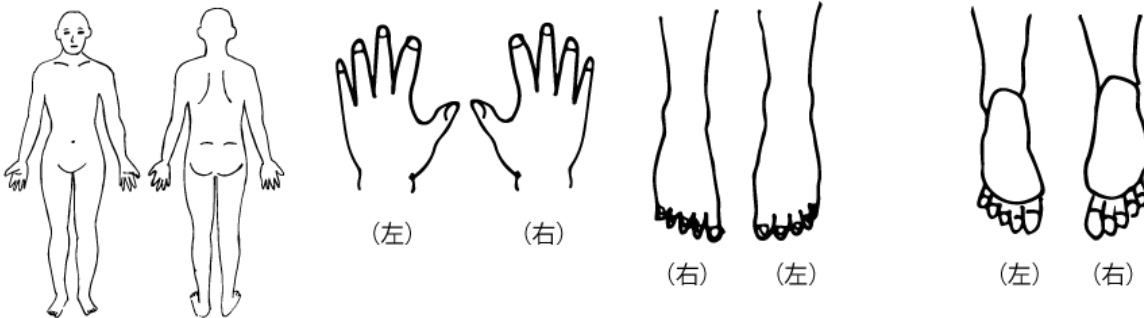
問診票（交通事故用）

記入日： 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	
お名前 <div style="text-align: right;">様</div>		明・大・昭・平・令	年 月 日生
住所 〒 -			
電話番号 - -	携帯番号 - -		

① 保険会社名：_____ 担当者様連絡先電話番号 _____

② 今日はどの部位を診察してもらいたいですか？



③ どんな症状ですか？ ○印をつけてください。

・痛い ・しびれる ・曲がらない ・変形している ・腫れている ・歩行困難 ・その他 ()

④ いつの事故ですか？ (平成・令和) 年 月 日

⑤ どういうきっかけの事故ですか？ 具体的にご記入ください。

⑥ 現在、治療中の疾患または内服中の薬がありましたらお書きください。

高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・心臓疾患・脳疾患・その他 ()

⑦ 今までに薬を飲んで、アレルギーが出たり、具合が悪くなったことがありますか？

ない・ある ()

⑧ (女性のみ) 現在、妊娠中か妊娠している可能性がありますか？ ない・ある (妊婦 週)

⑨ 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？

整形外科・整骨院・鍼灸院・マッサージ・カイロ・内科・心療内科・なし・その他 ()

⑩ 過去に交通事故で治療を受けたことがありますか。 (はい いいえ)

どうもありがとうございました