

問診票（交通事故）

(ID:)

記入日 年 月 日 体温 ℃

フリガナ				性別
氏名				男 ・ 女
住所	〒 -			
生年月日	T・S・H・R	年	月	日 満 歳
連絡先	() -			
緊急連絡先	() - (続柄:)			
身長	cm	体重	kg	

◎労働中・通勤中の事故ですか？ はい ・ いいえ

事故状況についてお伺いします。

◎事故年月日	年 月 日
◎事故の状況	自分 : 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩
	相手 : 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩
	自損事故
◎車・バイクの状況	全損 ・ 半損 ・ 一部損
◎事故の立場	運転手 ・ 同乗者
◎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 その他 ()

◎事故後、受診された病院は他にありますか？

年 月 日 病院名 ()

◎警察に提出用の診断書は必要ですか？

はい ・ いいえ

⇒ 裏面へ続きます ⇒

不明な点がございましたら、スタッフまでお声掛けください。