

問診票 (交通事故)

(ID:)

記入日 年 月 日 体温 °C

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	

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 ⇒

症状についてお伺いします。

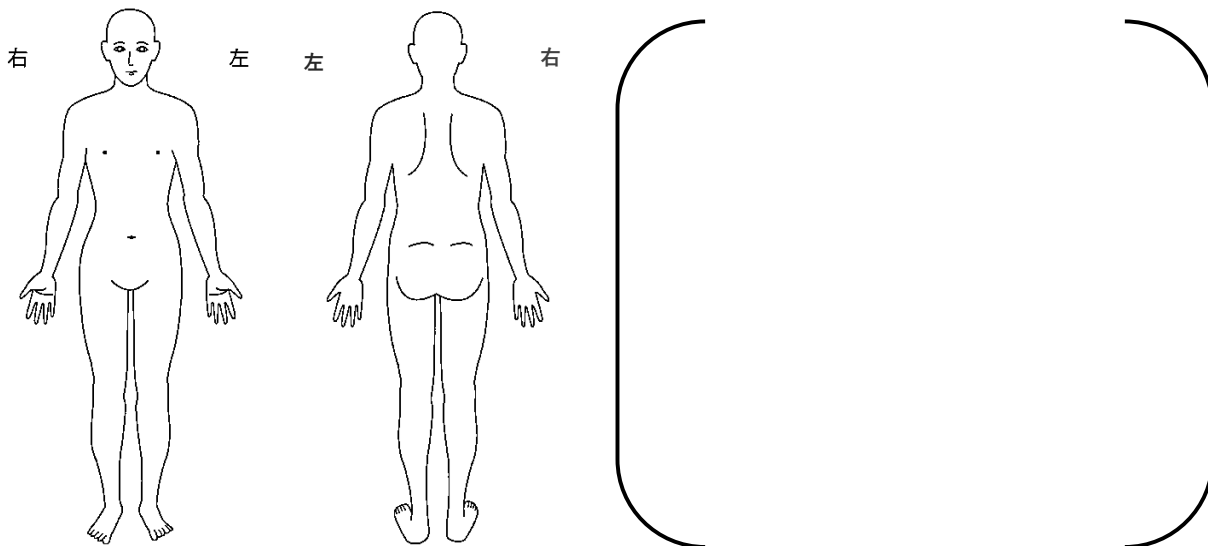
◎いつから症状はありますか？

年 月 日頃

◎当てはまる症状に○を付けて下さい。

痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ その他

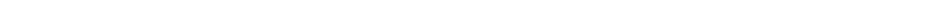
◎痛みのある部位に丸をつけてください。 ↓具体的な症状についてご記入ください。



◎現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください）

ない ・ ある

お薬の名前：



◎蕁麻疹が出る、気分が悪くなるなど、アレルギー症状が出ることはありますか？

ない ・ ある

薬、食べ物など：



◎リハビリテーションを希望されますか？

希望する ・ 興味あり ・ 診察の結果で必要ならば ・ 希望しない

◎どちらで当院をお知りになりましたか？（複数可）

- 知人・家族の紹介 当院ホームページ インターネット 看板
- Google map ポトス等のフリーペーパー・雑誌 Instagram
- 他院様紹介【 】 その他【 】

※インターネットと回答された方へ、検索されたワードへ○をつけてください。

千種区の整形外科・京命クリニック・交通事故治療・その他（ ）

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。