

受付 No.

受付時間

:

受付

チェックイン

加付 No.

交通事故 問 診 票

日付:

ご本人様や、同居しているご家族が加入している【自動車任意保険・傷害保険・火災保険】に弁護士費用特約は付いていませんか？

加付				生年月日
氏名				大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒			
職業			学校名	
自宅電話番号	有り・無し	携帯電話番号	有り・無し	
未成年 70歳以上の方	緊急連絡先としてご家族の方の携帯電話番号を必ずご記入ください 携帯電話番号 (続柄 ・ 氏名)			
弁護士費用特約	<input type="checkbox"/> 特約あり <input type="checkbox"/> 特約なし <input type="checkbox"/> 不明	警察への届出	未・済	

●事故年月日

H 年 月 日

●いつから症状はありますか？

H 年 月 日

●過去に交通事故経験

有 ・ 無

●車・バイクの状況

全損・半損・一部損

●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 ・ なし

●事故の立場

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

●どのように当院を知りましたか？

HP・口コミ・近い(会社・自宅)・以前来院あり
紹介 () その他 ()

●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・その他 () ・なし

●これまでにかった病気やケガはございますか？(手術も含む)

高血圧・糖尿病・心臓病・内臓病・リウマチ・精神的病気・人工透析を受けている・アレルギー
ペースメーカーを使用している・体内に金属が入っている・その他 ()

●現在通院中の病院や飲んでいるお薬はありますか？

病院名： お薬の名前：

●お薬手帳はお持ちですか？

お薬手帳：有・無

●薬や注射でアレルギー反応がでたことはありますか？

有(薬・注射・その他) ・ 無

●塗り薬や貼り薬でかぶれたことがありますか？

有(貼り薬・塗り薬) ・ 無

●現在妊娠していますか？

はい・いいえ

●診察担当医のご希望を教えてください(院長がいる時は院長診察となります)

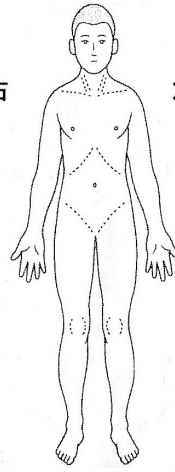
院長・島野

●今現在の事故の悩みや心配事等がありましたら、ご自由にお書き下さい。

(例：身体の悩み、補償の心配、保険会社の対応 等)

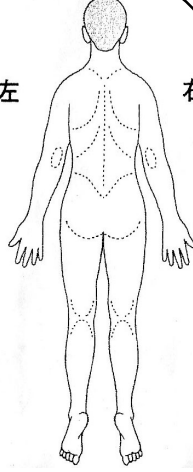
→ 気になる箇所を、右の人体図に
○を付けてください

右



左

左



右

●今、どのような症状でしょうか？
痛み・腫れ・しびれ