受付Ｎｏ.　　受付時間　　：　　受付　　チェックイン　　カルテＮｏ.

交通事故問診票

日付：

ｶﾀｶﾅ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
住所	〒		
職種		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	□特約あり　□特約なし　□不明	警察への届出	未 ・ 済

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・損害保険・火災保険】に弁護士費用特約は付いていませんか？

●事故年月日

西暦　　年　　月　　日

●いつから症状はありますか？

西暦　　年　　月　　日

●過去の交通事故経験

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

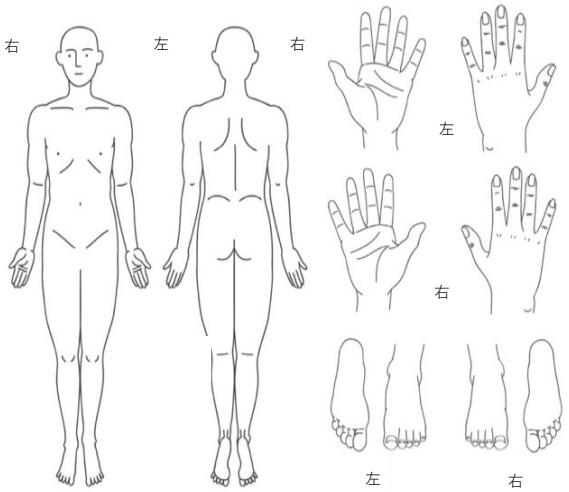
被害者・同乗者・加害者・自損事故

●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

↓診てほしいところに〇を付けてください



●今、どのような症状でしょうか？

痛み・痺れ・違和感・熱を持っている

腫れ・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：

●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（　　）

●本日お薬手帳はお持ちですか？（お持ちの方は診察室でご提示ください）　　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（　　ヶ月）・いいえ

●どのように当院を知りましたか？　　ホームページ・口コミ・近所・紹介・以前来院あり（家族含む）

●上記でホームページを選んだ方へ　＊検索した時の「検索ワード」を教えてください（当てはまるもの全てに〇）

宇都宮・交通事故・整形外科・遅くまでやっている・むち打ち・その他（　　）

●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）