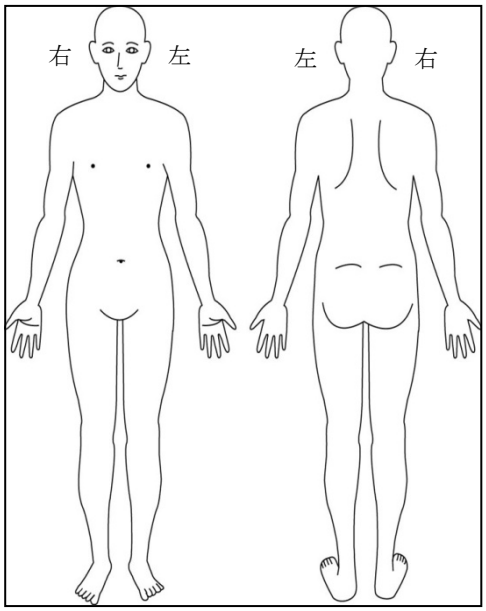
交通事故 問診票　　平成　　年　　月　　日 受付時間　　：

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		男・女	大正・昭和 平成　　年　　月　　日生(　　才)
住 所	〒　　－		
電話番号	自宅	職種・主な作業(　　)	
	携帯	スポーツ　(　　)	
勤務先		保険会社への通院連絡 (未 ・ 済)	
		病院、整形外科等の医師による診察 (未 ・ 済)	
来院のきっかけ	以前来院あり・ホームページ・近所・(　　)様からの紹介・その他(　　)		

該当するものに記入をお願いします。



●事故年月　　**●いつから症状がありますか？**

H　　年　　月　　日　　H　　年　　月　　日

●どこに症状がありますか　症状がある場所に○を付けてください⇒

●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

□追突　□衝突　□接触　□その他(　　)

●事故の立場

被害者　同乗者　加害者　自損事故

●過去に交通事故の経験　　**●車・バイクの状況**

有　・　無　　全損 ・ 半損 ・ 一部破損 ・ 無傷

●お使いになる保険　※保険会社との連絡が取れない場合、自費負担となる場合があります。

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(　　)

●どのような症状がありますか

□痛み　□ハリ　□だるさ　□重さ　□しびれ　□頭痛　□めまい　□気持ち悪い　□動きにくい

その他(　　)

●今回かかるところを他所の整骨院、病院などで診てもらったことはありますか？(ある・ない)

ある場合　医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　□はせがわ整形外科

治療期間　年　月　日から　　年　月　日迄　又は　現在通院中

治療部位 ＿＿＿＿＿＿＿＿

●過去に大きな病気、入院、ケガ、手術、交通事故はありますか？(ある・ない)　□妊娠中

ある場合 ＿＿＿＿＿＿＿＿

●今回の事故での悩みや心配事はありますか？(身体の悩み、保険会社について、治療について等)

(　　)

◎分からないところはスタッフまでどうぞ