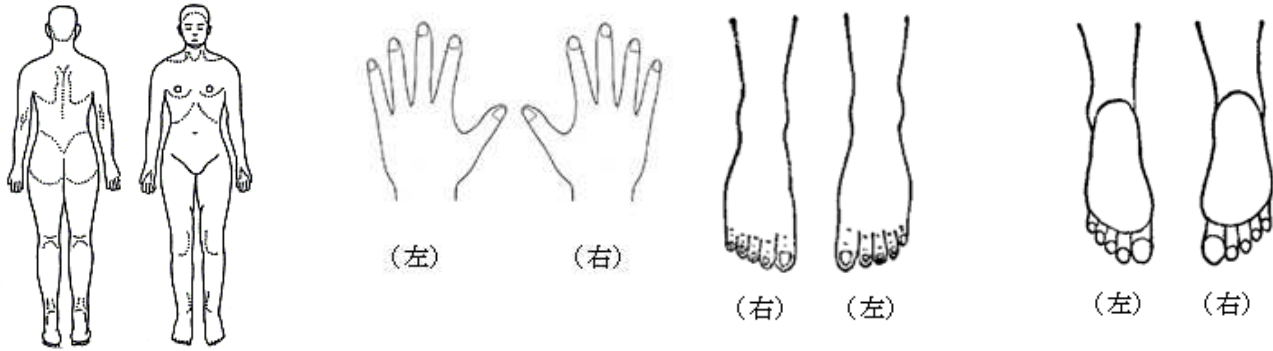


問診票（交通事故用）

フリガナ	性別	生年月日
お名前 様	男	明・大・昭・平
	女	年 月 日生
住所 〒 -		
電話番号 - - 携帯番号 - -		

①保険会社名： _____
 担当者様連絡先： _____

②今日は何の部位を診察してもらいたいですか？



③どんな症状ですか？○印をつけてください。
 ・痛い ・しびれる ・曲がらない ・変形している ・腫れている ・歩行困難 ・その他 ()

④いつの事故ですか？
 平成 年 月 日

⑤どういうきっかけの事故ですか？
 具体的にご記入ください _____

⑥現在、治療中の疾患または内服中の薬がありましたらお書きください。
 高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・心臓疾患・脳疾患・その他 ()

⑦今までに薬を飲んで、アレルギーが出たり、具合が悪くなったことがありますか？
 ない・ある ()

⑧（女性のみ）現在、妊娠中か妊娠している可能性がありますか？ ない・ある(妊娠 週)

⑨当院を何でお知りになりましたか？
 ・知人 ・当院ホームページ ・その他医療機関 ()
 ・広告 () ・その他 ()

どうもありがとうございました