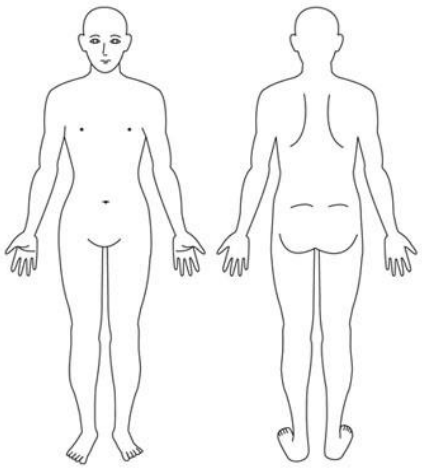
交通事故　問診票

（記入日：令和　年　月　日）

お名前	フリガナ	性別	男・女
住所	〒（　　ー　　）		
生年月日	S・H・R　　年　　月　　日		
電話番号(自宅)		携帯番号	
職業	デスクワーク・立ち仕事・力仕事・営業 ・サービス業・主婦・学生・無職・その他（　）		

気になるところに〇印をつけてください



■通院しやすい曜日・時間帯

□月 □火 □水 □木 □金 □土・祝

□午前（　　～　　）

□午後（　　～　　）

■当院を何でお知りになりましたか

□ホームページ　□看板　□チラシ

□Facebook ・ インスタグラム ・SNS

□通りがかり　□エキテン

□ご紹介（　　様）

■その他　ご要望ありましたらご記入下さい

ご協力ありがとうございました

問診までいましばらくお待ちください

■どのような症状ですか

□痛み □しびれ　□張り　□腫れ　□重だるさ

□違和感　□その他（　　）

■交通事故に遭われたのはいつですか

年　　月　　日　　AM・PM　　時ころ

■事故の状況をお教えください

■上記の症状でほかの医療機関にかかりましたか

1.いいえ

2.はい →　医療機関名（　　）

通院期間（　　～　　）

診断名：

■相手先の保険会社との連絡はお済でしょうか

1.いいえ

2.はい →　保険会社名（　　）

担当者名（　　）

連絡先　（　　）

■どのような治療を希望されますか

□なるべく続けて通院したいため優先的に予約をしてほしい

□後遺症等の不安なく生活を送れるよう長期的な通院を希望する

□なるべく短時間・短期間の通院を希望する

□治療に関してはすべてお任せする

■下記項目に該当しますか

1.いいえ

2.はい →　ペースメーカー・ 体内金属 ・骨粗鬆症

心臓/内臓疾患・アレルギー ・リウマチ

高血圧 ・その他（　　）

【女性の方】⇒　妊娠中（　　週）・授乳中