

# 交通事故問診表

No	初診日 年 月 日
ふりがな	大・昭・平 年 月 日 (才)
氏名	Tel ( ) 職業
住所 〒	—
当院を何でお知りになりましたか？ チラシ・家族／知人の紹介( )・家が近い・職場が近い・通り掛かり ブログ・ネット その他( )	
患者様	～事故の状況～ 相手の方
車種	歩行者・自転車・原付・バイク・車(軽・普・大)
過失割合	(未定)
損保会社名	( ) 連絡：済み / 未連絡 ( ) 連絡有り / 無し
受診病院	( ) 検査：X-P / CT / MRI 負傷 (有り / 無し)
事故状況を図で書いてください。(分かる範囲で結構です) 事故日 年 月 日	
事故履歴 《 有り / 無し 》 人身届け 《 済み / 未提出 》 診断書内容《 》 被害の程度《 大・中・小 》 接触時の認識 《 有 / 無 》	
その他のお悩み事はございませんか？(該当するものがあれば幾つでも○をお付け下さい) 治療費について / 休業損害について / 対物損害について / 通院の交通費について 慰謝料について / 保険会社との交渉 / 後遺症認定について / 治療期間について 今後の手続きについて( ) / その他( )	
症状のある箇所は全て○をつけて症状の強い順番で番号を付けてお教え下さい。	
	
検査:(左・右) ジャクソン( )スパーリング( ) / (左・右)SLR( )	
・このような症状はありませんか？ 頭痛・はきけ・めまい・耳鳴り・シビレ・不眠	
・治療に関して注意することはありませんか？ 妊娠中・高血圧・骨そしょう症・皮膚病・リウマチ・人工関節・糖尿病・その他( )	
・生活習慣をお聞かせください。 高脂血症(中性脂肪・コレステロール・血糖) 嗜好(喫煙・酒) 本 / 日 便通(良好・悪い) 持病( )	
血压(高・低) 食事 食 / 日 睡眠 時 / 日 生理(良好・不順・妊娠中・閉経)	持病( )