



自動車災害患者様 問診表

ふりがな
お名前

〒 _____

性別 男・女 電話番号(_____) - _____

住所 _____

生年月日 (大・昭・平) 年 月 日 (歳) 職業 _____

下記の項目で当てはまるものに○をつけて下さい

1. どのように「ハート接骨院」を知りましたか?(複数可)

- ・ご紹介 (_____ 様) ・評判 _____ ・当院ホームページ _____ ・看板
- ・エキテン _____ ・しんきゅうコンパス _____
- ・以前通っていた _____ ・近い (会社・自宅) _____ ・通りがかり
- ・その他 (_____)

2. 交通事故に遭われたのはいつですか。

年 月 日 午前・午後 時頃

3. 事故の状況をご記入ください。例) 信号待ちで停車していて追突された。

4. 同乗者の方はみえますか?

- ・はい (_____ 名) _____ ・いいえ

5. 警察への連絡及び、人身事故手続きはお済でしょうか?

- ・はい _____ ・これから行う予定 _____
- ・物損事故で処理してある _____ ・手続きの予定は無い _____

6. 加害者の保険会社との連絡はお済でしょうか?

- ・はい (保険会社名 _____) _____ 担当
- ・これから行う予定 _____ ・連絡する予定が無い _____

7. どこを痛めましたか?

(例) 首、背中、腰など

8. 今回の事故後に、他の医療機関で精査及び治療はされましたか?

該当する場合はご記入ください。

医療機関名;

通院期間; 年 月 日 ~ 年 月 日

診断名;

精査内容; ①レントゲン ②MRI ③CT ④血液検査 ⑤その他 (_____)

治療内容; ①牽引 ②電気 ③マッサージ ④湿布 ⑤飲み薬 (_____)
⑥その他 (_____)

9. 他に悪いところや、治療中の病気などはありますか

(例) 動脈瘤がある、心臓病がある、など。