

【交通事故 問診票】

ご来院日		フリガナ	生年月日
年	月	日	お名前
			T・S・H 年 月 日
〒		電話番号	
ご住所		()	
保険者のご担当者	会社名	ご担当者	保険会社の電話番号
		様	()

【事故時の状況を思い出すのは辛いと思いますが、治療に必要な情報となりますのでご協力下さい】

●事故に遭われた日時（分かる範囲で結構です）
年 月 日 時ごろ

●事故に遭われた場所（例：酒田市〇〇町）

●事故が起きた時の状況を教えてください
1.どの様な状況でしたか？
交差点 ・ 停車中 ・ 後方から ・ 正面衝突
(その他)

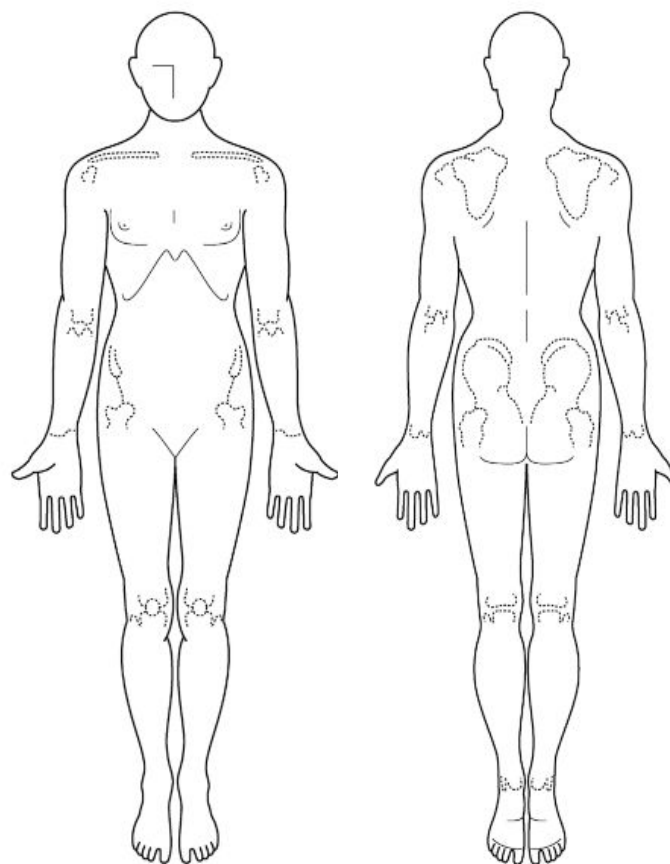
2.スピードはどれ位出ていましたか？
かなり出ていた ・ そこそこ出ていた
ゆっくり ・ 止まっていた
(その他)

3.頭痛や手のしびれ、吐き気などがありますか？
頭痛 ・ 手のしびれ ・ 吐き気
(その他)

4.どうすると痛いですか？
前に倒した時 ・ 後ろにそらせた時
体をひねった時 ・ 体を横に倒した時
その他 ()

※当てはまるもの全てに○をつけてください。

●痛みやしびれを感じる場所に○をつけてください。



●下記の中で、当てはまるものがある場合は、すべてに○をつけてください。
妊娠中 ・ ペースメーカー使用中 ・ スtent、避妊リング等の埋め込み金属あり ・ 鍼が苦手
皮膚アレルギー () ・ 電気刺激が苦手
過去に大きな怪我または病気をしたことがある。 ()
薬を服用している。(薬の名前:)
その他治療中の病気 ()

【アンケートにご協力ください】

●当院をお知りになった理由をお聞かせください。
ご家族の紹介 ・ ご友人、知人の紹介 (お名前:) ・ 看板を見て
インターネットを見て ホームページ ・ 口コミサイト () ・ チラシを見て
ご協力ありがとうございました。