

No. _____

交通事故問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 年齢 () 歳
ご住所	※免許証通り正式にご記入ください。 〒 -	自宅番号	() -
		携帯番号	() -
		ご職業	

保険会社 () 保険会社連絡先 (-)

保険会社担当者名 ()

警察用診断書の希望の有無 (あり ・ なし)

① 事故が起きた日時を教えてください

日にち (年 月 日) 時間 (時 分頃)

② 乗っていたお車の車種・大きさを教えてください

()

③ 事故時、ご自身のお車のスピードを教えてください (km/h)

④ お相手のお車の車種又は大きさを教えてください

()

⑤ 事故時、お相手のお車のスピードを教えてください (km/h)

⑥ 事故時のお顔の向きを教えてください (正面 ・ 右側 ・ 左側 ・ 後方 ・ 下側)

⑦ シートベルトは着用していましたか? (あり ・ なし)

⑧ 事故後の意識有無を教えてください (あり ・ なし)

⑨ ご自身のお車の破損状況を教えてください (大 ・ 中 ・ 小)

⑩ 事故後、他の病院 (救急搬送含む) へ行かれたか (はい ・ いいえ)

はいの方: (病院名)

⑪ 薬や食べ物のアレルギーはありますか? (あり ・ なし)

ありの方 (アレルギー):

⑫ 喫煙: 吸わない・やめた・吸う (1日 本× 年)

⑬ 飲酒: 飲まない・やめた・時々飲む・飲む (週4日以上)

⑭ 過去に大きなケガや病気をした事がありますか (あり ・ なし)

ありの方 ()

⑮ 現在治療中の病気・他院処方のお薬はありますか (あり ・ なし)

ありの方 ()

⑯ ジェネリック (後発品) を希望されますか (はい ・ いいえ)

⑰ 女性の方のみ

妊娠中ですか (はい ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

↓ 病院記入欄

部	問診	診察	処置・注射・検査	X-P	リハビリ
チェック					