

カルテNo.

フリガナ	性別	生年月日	連絡先
氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	自宅 _____
住所	〒 _____		携帯 _____

※以下の質問にお答えください

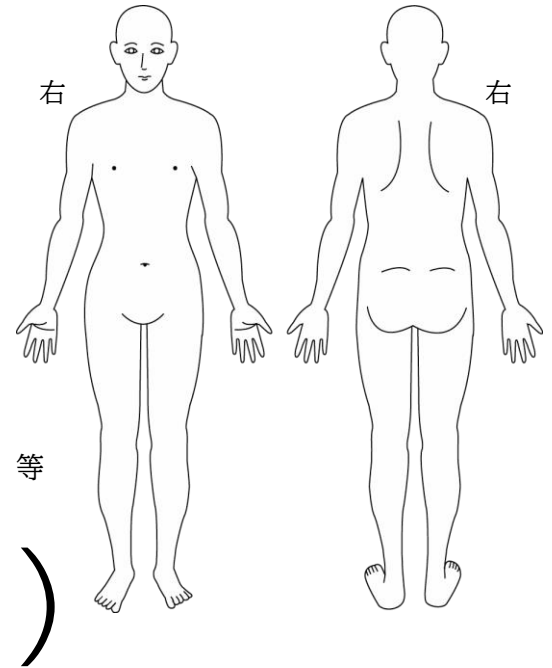
1) 交通事故にあわれた日はいつですか？

年 月 日

2) どのような症状がありますか？

また、症状のある場所を右図へご記入ください ➡

痛い ・ しびれる ・ 動かすにくい
 重い ・ 腫れている ・ つっぱる ・ 傷がある
 その他 ()



3) 事故にあわれた時の状況を可能な範囲で記入してください

(例) 車を運転中に追突された 自転車に乗っていて車と衝突した 等

()

4) 自賠責保険会社には連絡されていますか？

済 ・ 未 会社名 () 担当者名 () 連絡先 ()

5) 警察への届け出はお済ですか？ 済 ・ 未

6) 本日、診断書は必要ですか？ 要 ・ 不要

7) 現在治療中の病気はありますか？ 該当するものに○印を付けてください。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 (狭心症・不整脈など) ・ 脳卒中 ・ 腎臓病
 喘息 ・ 胃潰瘍 ・ その他 ()

8) 現在、服用中のお薬はありますか？

お薬手帳の持参 あり ・ なし ※お薬手帳をお持ちの方は以下記入は不要です。

ある：薬 () ・ ない

抗凝固剤 (血液サラサラの薬) あり ・ なし

9) 過去に大きな病気や手術をしたことはありますか？

ある： () ・ ない

ペースメーカー装着あり・体内に金属あり

10) 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

はい ・ いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中