

# 自動車災害患者様 予診表

住 所	〒 番号・号室までご記入下さい	電話番号	
フリガナ			
氏 名		職 業	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日【 歳】	ご紹介者様	

※ できるだけ詳しくお書きください。選択肢の場合、該当する番号に○をしてください。

1 交通事故に遭われたのはいつですか。  
 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時ごろ

2 警察への連絡及び、人身事故手続きはお済みでしょうか  
 ①はい ②これから行う予定  
 ③物損事故で手続きしてある ④手続きする予定がない

3 事故の状況は ①被害者である ②加害者である どのような状況での事故ですか？ 例 停車中に後方からの追突  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_(過失割合 : \_\_\_\_\_)

4 保険会社との連絡はお済みでしょうか  
 ①-1 自分と相手の両方連絡済み ①-2 自分の保険会社に連絡済み  
 ①-3 相手の保険会社に連絡済み  
 (相手の保険会社名 : \_\_\_\_\_)  
 (担当 : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_)

5 どのように当院を知りましたか？  
 ホームページ・エキテン・看板・通りがかり・紹介  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

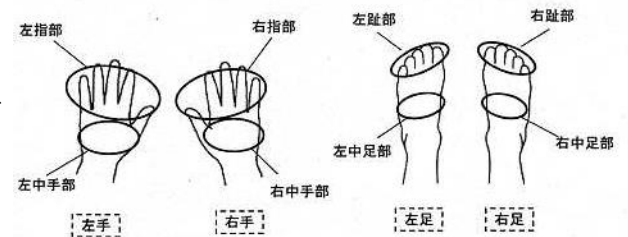
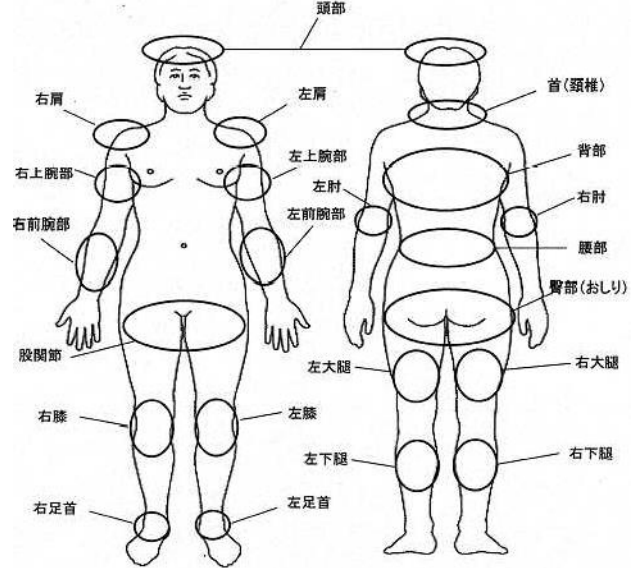
6 どこを痛めましたか どのような動きで痛みを感じますか  
 [例] 右肩の後ろ側。肩から肘にかけて曲げるときに痛い。  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

7 今回の事故後に、他の医療機関での精査及び治療はされていきましたか。該当する場合は、ご記入下さい  
 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( \_\_\_\_\_ )

8 他に悪いところや、治療中の病気などがありますか 備考  
 [例] 高血圧のため薬を飲んでいる・心臓病がある等  
 \_\_\_\_\_

痛みのある所の○にマークして下さい



※※保険会社さまへの連絡と事故治療の了承が得られるまで、特に加害者の場合、治療費は実費の立替と保険証による身分証明を控えさせていただきます。

わからないことはお尋ねください 安祥接骨院