

ふりがな

氏名

日付

年齢 歳 男・女 月 日

事故が起きた日 令和 年 月 日 ○職業や日中

・他院への受診 有・無

多い動作はなんですか？

・他院受診された方 病院名 {

痛い部位すべてに○を付けてください↓

診断書 有・無

診断病名(他院で言われたこと){

・事故状況

車種 (自分) (相手) 例*自分原付自動車。相手車

乗車位置 ()

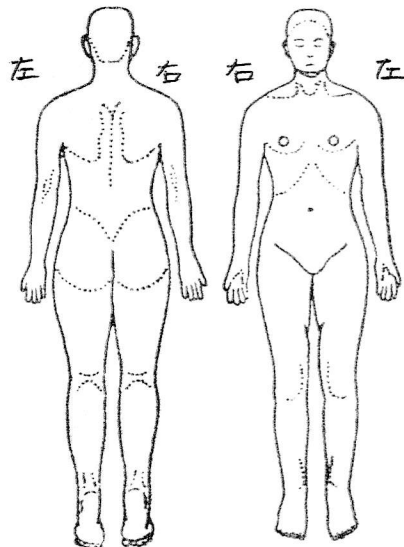
↓事故の状況を図と文章にしてください

(進行方向、自分と相手の接触時の様子など詳しく)

[Empty box for accident description]

・内服薬が必要なとき 飲む・飲まない
・女性の方へ質問です
・妊娠の可能性 有・授乳中・無
身体のどこに痛みがありますか？

どういう動作で痛みますか？



きき手
右きき・左きき

治療中の病名と薬服用してる場合は薬の名前

病名 { 薬名 {

過去の病気

ケガ
手術

{