

フリガナ

年齢

性別

利き手

日付

氏名

歳

男・女

右・左

20 年 月 日

### ○事故状況について

1. 事故日 20 年 月 日
2. 他院の受診 なし・あり（病院名 \_\_\_\_\_）
3. 診断書 なし・あり
4. 車種・車両 自分： \_\_\_\_\_ 乗車位置： \_\_\_\_\_  
相手： \_\_\_\_\_

### ○身体状況について

1. ご職業 \_\_\_\_\_
2. 日常生活でどのような動作が多いですか？  
\_\_\_\_\_
3. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ なし・あり
4. どのような動作で痛みますか？  
\_\_\_\_\_
5. 現在治療中の病気や怪我をご記入ください  
なし・あり
6. 現在服用中の薬をご記入ください  
なし・あり
7. 過去の病気や怪我、手術をご記入ください  
なし・あり

5. 事故状況を図と文章で詳しく説明してください



8. 痛みのある部位に丸を付けてください

