

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

（Large empty box for drawing and writing about accident details.）

8.痛みのある部位に丸を付けてください

