

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

