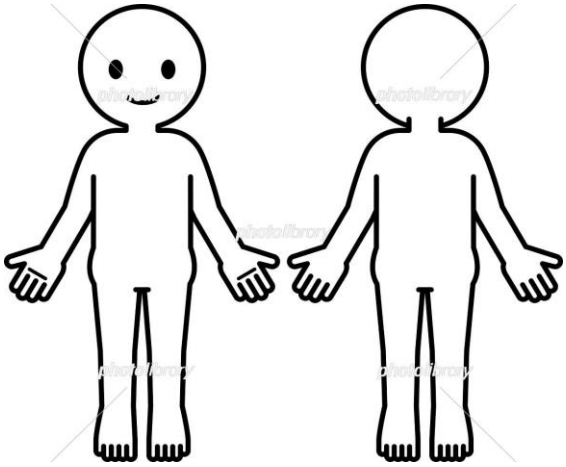
# 自賠責問診票

体温：　　℃

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 | | 性別 |
| 氏名 | | 大正 昭和<br>平成 令和 | 年　月　日<br>歳　カ月 | 男･女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | _自宅･携帯_ | |
| お車情報 | 車（車種:　　色:　　ナンバー:　　）・その他（　　） | | | |

☐ 事故日 R　年　月　日　　時頃
本人 二輪車 徒歩 そ　対　相手 車(大型) 二輪車 徒歩 その他

☐ 現在の症状　痛み しびれ部分に　○　をつけて下さい



スタッフ記入欄
頭
首
肩
腕
腰
殿部
股関節
脚
膝 足首
その他

☐ 救急搬送 あり　　なし　　☐ 前医＿＿＿＿＿＿　　☐ 紹介元＿＿＿＿＿＿
☐ 紹介状　有　無　　☐紹介状　有　無

☐ 事故状況 こちらでお伺いいたします
シートベルト 着　無　運転席　助手席　後部席

☐ 現在治療中の病気や今までかかった大きな病気を教えてください。

| 年齢 | 病名 | 期間 | 病院名 |
|---|---|---|---|
| | | | |

☐ アレルギーの有無を教えてください。
薬　（　　）
食べ物　（　　）
その他　（　　）

☐ 現在内服している薬はありますか？
なし･あり→（　　）

ご記入ありがとうございました。

なないろの里クリニック
NANAIRO NO SATO CLINIC