

自賠責 問診票

体温：℃

名前：

連絡先：

☐ 現在の痛み・症状

部位	強												弱	
(	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				改善
(	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				改善
(	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				改善
(	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1				改善

☐ 痺れ 部位 ()

新たな痛み 有 () 無

☐ その他

ご記入ありがとうございました。