

# 診療個人情報登録書 兼 問診表 (交通事故)

令和 年 月 日

ふりがな

名前

男 ・ 女

生年月日 昭和  
平成 年 月 日 年齢 ( 歳)

〒 \_\_\_\_\_

住所

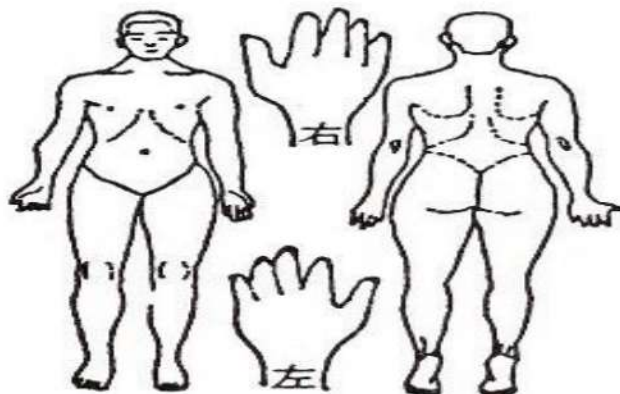
電話 ( ) 携帯電話 \_\_\_\_\_

以下の項目についてお答えください。

\* 当院を何で知りましたか？

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1 自宅・通勤から近い | 2 ホームページ  |
| 3 身内・知人の紹介  | 4 他院からの紹介 |
| 5 その他 ( )   |           |

\* 痛いところに○をつけてください



身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
職業 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 部活 \_\_\_\_\_  
現在妊娠していますか？ (女性のみ はい・いいえ・可能性あり)

\* 今回の事故で他施設を受診はありますか？ はい ・ いいえ

\* 上記“はい”の場合、どちらに受診されましたか？ 病院 ・ 接骨院等

\* 今後治療は、どちらで受ける予定ですか？ 当院 ・ 接骨院等  
(接骨院等には、整骨院、ほねつぎ以外にも、あん摩、マッサージ、指圧、はり、きゅう師も含まれます)

\* 交通災害は受傷日から6ヶ月の受診を目安としています。  
理解しました (理解いただける場合は○で囲ってください)

\* 「医療類似施設との併用に関する留意事項」に同意いただけますか？  
同意します (同意いただける場合は○で囲ってください)

令和 年 月 日 名前