

## 診療個人情報登録書 兼 問診表(交通事故)

ふりがな		住所	〒
名前			
性別	男 ・ 女	電話番号	— —
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)	携帯番号	— — ( 続柄 : )

**★ 当院を何で知りましたか？**

- 1 自宅・通勤(通学)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( )    6 以前に通院していた

**★ 当院への交通手段を教えてください**

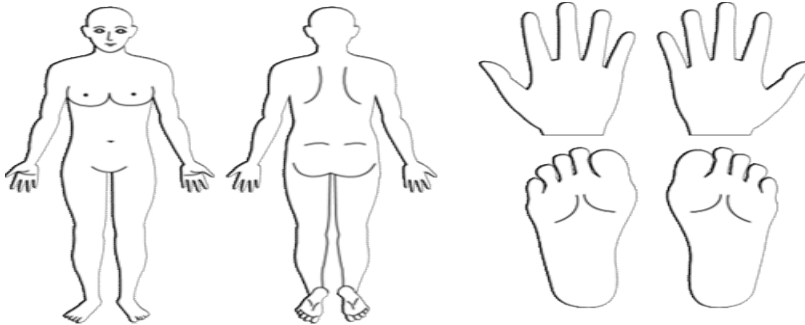
- 1 車(自車)    2 車(家族・知人の運転)    3 自転車    4 バイク    5 徒歩  
6 公共機関(バス・電車)    7 タクシー    8 介護タクシー

**身長**                      cm    **体重**                      kg    **職業**                      (                      )

**【女性の方のみ】**

※妊娠中ですか？ はい ・ いいえ ・ 可能性あり    ※授乳中ですか？    はい ・ いいえ  
※ピルの内服    あり ・ なし

**★下の図の痛いところに○をつけてください**



**★受傷日はいつですか？**                      令和      年      月      日

**★今回の事故で他施設の受診はありますか？**                      はい      ・      いいえ

**\*上記で“はい”での場合、どちらに受診されましたか？**                      病院      ・      接骨院等

**\*病院と答えた方 → 本日紹介状はお持ちですか？**                      はい      ・      いいえ

**★今後の治療は、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、お灸も含みます)

**★本日、警察用の診断書は必要ですか？**                      はい      ・      いいえ

**\* 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

(ご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？**

同意しました

(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 \_\_\_\_\_