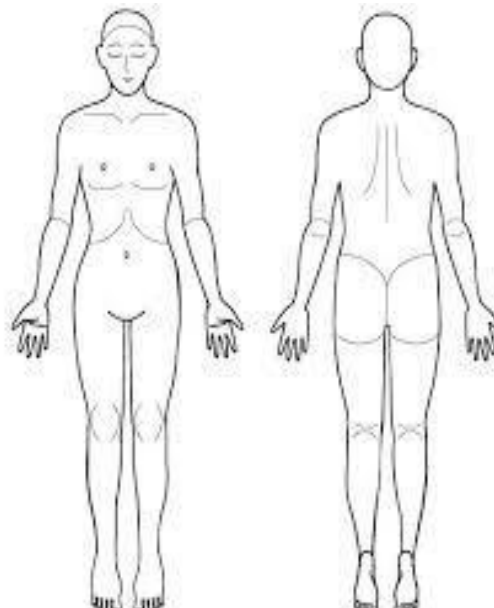


フリガナ			男・女	大正・昭和・平成・令和	
氏名				年 月 日生まれ (満 歳)	
住所	〒 -				
携帯電話	- -		自宅電話	- -	
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他 ()				
スポーツ歴	(約 年)	身長	cm	体重	kg

個人情報 は 厳重 に 管理 さ せ て い た だ き ま す

<p>◆どのような症状ですか？</p>	<p>◆症状がある箇所に○をつけてください</p> 
◆事故日：20 年 月 日	
◆事故の状況 ・自分 (車 / バイク / 自転車 / 歩行者) 相手 (車 / バイク / 自転車 / 歩行者) ・自損事故 (単独事故)	
◆診断書の希望はありますか？ はい ・ いいえ ↳ (警察 / 勤務先 / その他)	
◆今回の事故で、他の医療機関または整骨院を受診しましたか？ いいえ ・ はい → 医療機関名 () 整骨院 ()	
◆現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ その他 ()	
◆現在服用しているお薬はありますか？ ない ・ ある () ◎お薬手帳を持参の方は受付にお願いします	
◆今までお薬で副作用がでたことがありますか？ ない ・ ある (具体的に：)	
◆女性の方へ。現在該当する項目を○で囲んでください 妊娠中 ・ 妊娠の疑い ・ 授乳中 ・ 妊娠していない	
◆リハビリテーションを希望されるか○で囲んでください 希望する ・ 希望しない ・ 必要があればする	