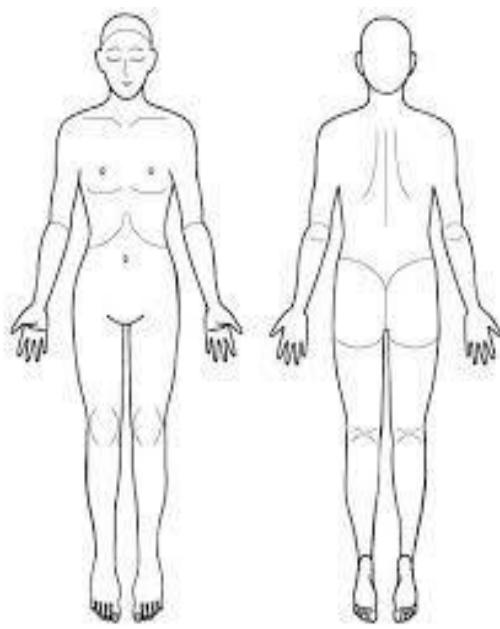


フリガナ			男	大正・昭和・平成・令和		
氏名			・女	年 月 日生まれ（満 歳）		
住所	〒 -					
携帯電話 自宅電話	- - -	緊急 連絡先	- - -	続柄()		
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他()					
スポーツ歴	(約 年)	身長	cm	体重	kg	

個人情報は厳重に管理させていただきます

◆どのような症状ですか？	◆症状がある箇所に○をつけてください
◆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？ <u>はい</u> . 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	