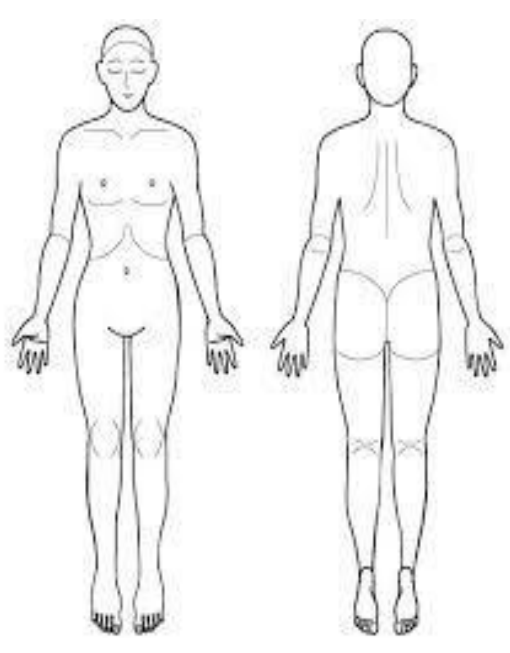


フリガナ			男・女	大正・昭和・平成・令和	
氏 名				年 月 日生まれ（満 歳）	
住 所	〒 -				
携帯電話 自宅電話	- -		緊急 連絡先	- - 続柄（ ）	
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他（ ）				
スポーツ歴	（約 年）		身 長	c m	体 重 k g

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	