

フリガナ	性別 男・女	生年月日
お名前		大・昭・平・令 年 月 日
住所	TEL	

○事故発生日 年 月 日

○事故の状況 自分（歩行・自転車・バイク・車）
相手（歩行・自転車・バイク・車）

詳しい状況を教えてください（例：停車中に後ろから追突された）

○事故の立場（被害者・同乗者・加害者・自損事故）

○症状のある部位を教えてください（左右を忘れずに）

○どういった症状ですか
（痛い・しびれる・違和感・熱をもってる・腫れてる・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 →どこですか（_____）

○診断書の希望はありますか
いいえ はい → 提出先（警察・勤務先・その他_____）

○他院でリハビリを受けていますか ない してる（_____）

○当院処方薬以外で服用・使用している薬はありますか ない ある

○お薬手帳はお持ちですか ない ある 携帯アプリ
本日忘れた→お薬名（_____）

○お薬や注射のアレルギーはありますか ない ある（_____）

○大きな病気やケガや手術をしたことはありますか ない ある（_____）

○現在、悪性腫瘍の治療中ですか ない ある（_____）

○ペースメーカーや人工関節など身体に金属が入っていますか
ない ある（_____）

○女性のかたへ 現在妊娠中、妊娠している可能性はありますか
妊娠していない わからない 妊娠中 授乳中

○当院に来院したきっかけを教えてください。

- ① 現在通院中 ②以前かかったことがある ③近くに住んでいる ④他医療機関から紹介
⑤インターネット検索 検索ワードを教えてください（_____）

⑥家族、知人のご紹介（お名前： _____ ） ⑦その他（ _____ ）

自賠責保険利用時の同意書

- ・ 保険会社からの連絡があるまでは自費でのお支払いになります（現金のみ対応）
保険会社から連絡があり、支払いについての確認ができ次第ご返金致します。
- ・ 受傷日から 1週間以上経過して発生（申告）した痛みについては事故との因果関係がわからず、自賠責保険が使用できなくなる可能性があります。
- ・ 受傷日を目安に月に1回診察が必要になります。
- ・ 治療を行い、症状が良くなれば「治癒」となりますが、症状が残り治療を行ってもそれ以上改善がないと見込まれた場合は「症状固定」で治療終了となります。
- ・ 症状固定後も治療を行う場合は、ご自身の健康保険を使用するか自費での治療となります。
- ・ 後遺障害診断書をご希望の場合は保険会社に連絡して診断書をお持ちください。
- ・ 他院整形外科や整骨院（接骨院）との併診はできません。（トラブル回避のため）
- ・ 時間的な事情により整骨院の通院を希望される場合、以下の点をお守りください
 - ① 月に1度は必ず当院で経過確認の診察に入ってください。
 - ② 当院でのリハビリテーションを2週に1回受けていただきます。
 - ③ 通院される整骨院の名称を当院にお知らせください。

上記について同意します。

西暦 年 月 日

住所 _____

氏名 _____