

交通事故問診票

No.	受付日 年 月 日 ()
フリガナ	
名前	
生年月日	H・S 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
住所	
tel	
携帯	
事故日	年 月 日 () am ・ pm :
診断書	他院 ・ 当院
事故状況	
保険会社	
tel /担当者	
紹介者	
備考	<p>あてはまるものに○を付けてください</p> <p>・心臓ペースメーカー ・入れ墨のある方 ・金属が体内にある方</p> <p>・妊娠中(可能性のある方) ・アレルギー()</p>