

# PERSONAL INJURY QUESTIONNAIRE

※ 下記の質問は、よりよいサービスを提供させて頂く為に保存しておくものです。ご質問などございましたら、受け付けにお尋ね下さいませ。

- (ふりがな)
1. 名前 : \_\_\_\_\_ 性別 : 男・女 3. 住所 : \_\_\_\_\_  
2. 電話 (自宅) : \_\_\_\_\_ CITY : \_\_\_\_\_ STATE : \_\_\_\_\_  
(携帯) : \_\_\_\_\_ ZIP : \_\_\_\_\_  
4. 生年月日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年齢 : \_\_\_\_\_ 5. 結婚歴 : 未婚・既婚・離婚・死別  
(MONTH) (DATE) (YEAR)
7. 職業 : \_\_\_\_\_ 8. 配偶者の名前 : \_\_\_\_\_  
勤務先 : \_\_\_\_\_ 配偶者の職業 : \_\_\_\_\_  
勤務先の住所 : \_\_\_\_\_ 9. **緊急の場合の連絡先**  
勤務先電話番号 : \_\_\_\_\_ 名前 : \_\_\_\_\_  
電話番号 : \_\_\_\_\_  
関係 : \_\_\_\_\_
10. 運転免許証番号 : \_\_\_\_\_
11. 当クリニックの事をどちらでお聞きになりましたか?  
紹介者 : \_\_\_\_\_ 雑誌 : \_\_\_\_\_ その他 : \_\_\_\_\_

## 保険データ

1. 自動車保険をお持ちですか? いいえ はい 保険会社名 : \_\_\_\_\_  
保険番号 : \_\_\_\_\_  
保険者 (自身でない場合) : \_\_\_\_\_ 保険者との関係 : \_\_\_\_\_
2. その他お持ちの保険 (当てはまるものに○をしてください) : グループ (医療) 保険・海外旅行者保険・その他  
保険会社名 : \_\_\_\_\_ 保険番号 : \_\_\_\_\_  
保険者 (自身でない場合) : \_\_\_\_\_ 保険者との関係 : \_\_\_\_\_
3. 保険会社に事故の報告をしましたか? いいえ はい  
保険会社の連絡先 : \_\_\_\_\_ 担当 : \_\_\_\_\_
4. 弁護士に事故の相談をしましたか? いいえ はい  
弁護士の名前 : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_  
弁護士の住所 : \_\_\_\_\_

## 事故状況

1. 事故に遭った日 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 時間 : \_\_\_\_\_ AM・PM  
(MONTH) (DATE) (YEAR)
2. 貴方は次のどれに当てはまりますか? 運転手 同乗者 (助手席) 同乗者 (後部座席) 歩行中  
その他 : \_\_\_\_\_
3. 同乗者の人数 : \_\_\_\_\_ 4. 貴方はシートベルトを締めていましたか? いいえ はい
5. どちらの方角に向かって走っていましたか? 北 南 東 西  
・走っていた道の名前 : \_\_\_\_\_
6. 接触した車はどちらの方角に向かって走っていましたか? 北 南 東 西  
・走っていた道の名前 : \_\_\_\_\_
7. 貴方の車が相手の車と接触した位置は? 前 後ろ 左 右
8. 貴方の車の時速 : \_\_\_\_\_ mph 相手の車の時速 : \_\_\_\_\_ mph
9. 貴方の車は当てられた後、他の車に当たりましたか? いいえ はい
10. 貴方は気を失いましたか? いいえ はい およそどのくらい気を失っていましたか? \_\_\_\_\_
11. 警察には連絡しましたか? いいえ はい 警察から切符を切られましたか? いいえ はい  
・相手の車の運転手は切符を切られましたか? いいえ はい  
・同乗者の場合、あなたの乗っていた車の運転手は切符を切られましたか? いいえ はい

12. 事故状況を詳しくお知らせ下さい： \_\_\_\_\_

13. 事故が起こる前、身体に不調はありましたか？ いいえ はい  
どのような症状でしたか？ \_\_\_\_\_

14. 以下の状況下で感じた身体の不調・症状をお知らせ下さい。  
a) 事故の瞬間： \_\_\_\_\_  
b) 事故直後： \_\_\_\_\_  
c) 事故後（同日）： \_\_\_\_\_  
d) 事故の翌日： \_\_\_\_\_

15. 貴方の現在の身体の不調・症状をお知らせ下さい： \_\_\_\_\_

16. 上記の症状に関係する持病はお持ちですか？ いいえ はい \_\_\_\_\_

17. 過去、現在訴えられている症状に関係する病気にかかりましたか？ いいえ はい \_\_\_\_\_

18. 過去、交通事故に遭われたことはありますか？ いいえ はい  
事故日、事故状況など、詳しく御知らせ下さい： \_\_\_\_\_

19. 事故後、病院へ行かれましたか？ いいえ はい  
・病院の名前： \_\_\_\_\_ 医師の名前： \_\_\_\_\_  
・どのような治療を受けましたか？ \_\_\_\_\_

20. 事故後、貴方の症状は： 回復に向かっている 悪化している 変わらない

21. 以下の項目で当てはまるものに印を付けて下さい：

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 腕の痛み	<input type="checkbox"/> 味覚障害
<input type="checkbox"/> いらいらする	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 睡眠不良	<input type="checkbox"/> 光に敏感	<input type="checkbox"/> 熱
<input type="checkbox"/> 足先の麻痺	<input type="checkbox"/> 手が冷える	<input type="checkbox"/> 頭が重い	<input type="checkbox"/> 嗅覚障害	<input type="checkbox"/> 緊張
<input type="checkbox"/> 顔のほてり	<input type="checkbox"/> 首のコリ	<input type="checkbox"/> 鬱	<input type="checkbox"/> 冷や汗	<input type="checkbox"/> 指先の麻痺
<input type="checkbox"/> 足が冷える	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 失神する	<input type="checkbox"/> 神経過敏	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 首の痛み	<input type="checkbox"/> 疲労	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 脚の痛み	
<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> ふらふらする	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 記憶喪失	

その他： \_\_\_\_\_

22. この事故は、貴方の仕事に支障をもたらしましたか？ いいえ はい  
a) 最後に働いた日： \_\_\_\_\_  
b) 職業： \_\_\_\_\_

23. 事故後の症状によって、動きなどに制限を感じますか？ いいえ はい \_\_\_\_\_

※保険請求に対してドクターの方から請求して頂き、直接ドクターに保険金が支払われることを承諾致します。不足分は、保険でカバーされない場合は、私自身が支払うことを約束致します。

サイン： \_\_\_\_\_ ソーシャルセキュリティ・ナンバー： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_