交通事故　初回質問票

記入日：　　月　　日

お名前：　　職業：

・交通事故について

いつ事故に遭われましたか：　　月　　日

概要をご記入ください：

例 1）自動車を運転していて、信号待ちで停車中に後方から追突された。

例 2）自動車の助手席にいて、直進中に右から出てきた車にぶつかられた。

記入欄：

事故の際、身体が直接ぶつかってキズ、痛みが出ている部位はありますか？

・ある

→具体的な部位をご記入ください：

・ない

記入欄：

・現在の症状について

以下の症状はありますか？

頭痛	あり/なし	**めまい/ふらつき感**	あり/なし
頚部痛	あり/なし	**悪心/嘔気**	あり/なし
背部痛	あり/なし	**頚部の動きの制限**	あり/なし
腰痛	あり/なし		

	右	**左**
上肢しびれ/放散痛	あり/なし	あり/なし
下肢しびれ/放散痛	あり/なし	あり/なし