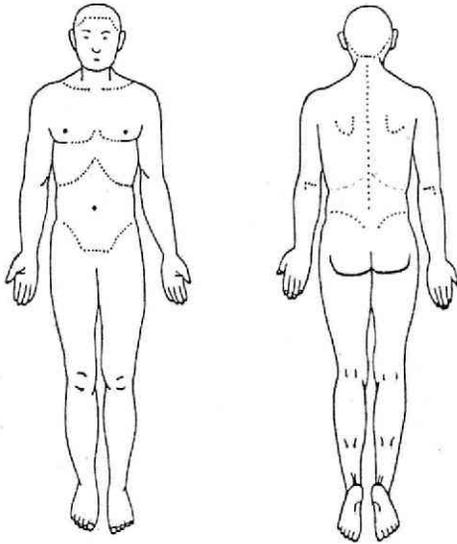


< 質 問 票 >

◎下記の質問にお答えください。

ふりがな
お名前 _____ 男・女
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日生 _____ 歳
住 所 _____ (〒 _____)
電 話 _____ 被保険者との続柄 _____
緊急時電話(携帯・職場・学校など) _____

(イ) ぐあいが悪いのはどこですか？



左の図に  で印をつけるか、具体的な場所名： _____

(ロ) いつからですか？

_____ 年 月 日頃から

(ハ) どんなぐあいですか？

痛み・シビレ・はれ・きず、
その他： _____

(ニ) 何か原因がありますか？

ない。打った・重いものを持
った・ころんだ

けがの場合、できれば
その時の様子をくわしく

(ホ) 職場や通勤途中のけがですか？(原則として健康保険は使用できません。労働者災害補償保険、または公務員災害補償の手続きをしてください。)

はい いいえ わかりません

(ヘ) 今回の病気またはケガで、他の病院、医院、接骨院等で治療を受けたことがありますか。

ある ない

どこで？ _____ いつ頃？ _____

どんな診断や治療を受けましたか？ _____

その効果はどうでしたか？ _____

※裏面も記入をお願いします。