

問診票 (交通事故)

(ふりがな)

お名前： (男・女) 職業：

生年月日： 年 月 日 年齢： 才 身長： cm 体重： kg
(丁 -)

住所

症状のある部位に、⊖を付けて下さい

電話番号

1. いつの事故ですか？

令和 年 月 日 警察への届け出 無 有

2. どのような事故でしたか？

追突された ・ 追突した ・ 車や自転車にはねられた
自損事故 ・ その他 ()

3. あてはまる症状に○をつけてください

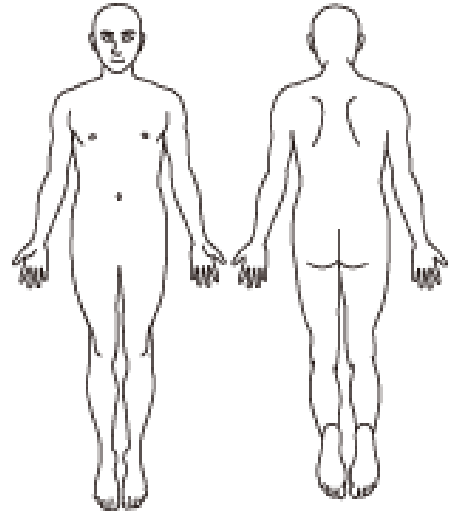
頭痛 頸部痛 背部痛 腰痛 肩痛 (右・左)

上肢の痛み (右・左) 下肢の痛み (右・左)

上肢しびれ (右・左) 下肢しびれ (右・左)

めまい/ふらつき感 悪心/嘔気 首の動かしにくさ

その他 ()



*経過中に新たな症状が出た際には、すみやかに申し出いただきますようお願いいたします。

4. 今回の事故で他院・接骨院等に受診しましたか？ 無 有 (施設名：)

5. 現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やケガはありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 脳卒中 胃・十二指腸潰瘍

高脂血症 肝炎 肺結核 ぜんそく その他 ()

6. 手術を受けたことがありますか？

年 月 病名： 病院名：

7. 体内に金属が入っていますか？ いいえ はい ()

8. 現在服用されている薬がありますか？

ない ある () お薬手帳を提出してください

9. アレルギーはありますか？ (薬・食べ物・ゴム製品 等)

ない ある ()

10. 麻酔 (歯科麻酔を含む) で気分を悪くしたことがありますか？ ない ある 経験がない

11. (女性の方へ) 現在妊娠中ですか？ いいえ はい (妊娠 週) わからない

12. (女性の方へ) 現在授乳中ですか？ いいえ はい

13. その他、特にお話しておきたいことがございましたらご記入下さい。

()

14. 本日ご希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン ・ 薬 ・ 湿布 ・ 診断書 (警察) ・ リハビリ ・ その他 ()

15. 当院の事を何でお知りになりましたか？

他院から紹介 ・ 家族から ・ 友人知人から ・ 野立て看板 ・ 通りかかって

ネット検索 [google・yahoo・当院 HP・ドクターズファイル・病院なび・EPARK・caloo・その他 ()]

その他 ()