

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

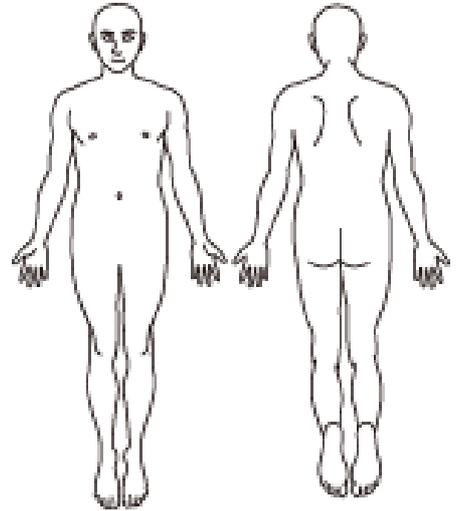
頭痛 頸部痛 背部痛 腰痛 肩痛 (右・左)

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・病院ナビ・EPARK・caloo・その他 ( )】

その他 ( )