

年 月 日

問診票 (交通事故)

ふりがな _____

大正・昭和
平成・令和 年 月 日 生まれ(歳)

名前 (男・女)

介護保険の認定を受けている → 介護認定区分
(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

住所 〒 _____

自宅 _____
携帯 _____

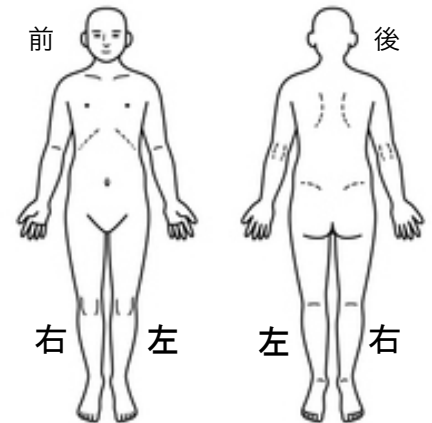
①事故日はいつですか?

月 日 時頃

③症状があるところに、○を付けて下さい

②事故の状況

自分(車、バイク、自転車、歩行) 自損事故(単独事故)
相手(車、バイク、自転車)



④どのような症状でお悩みですか?

むちうち(首の痛み) 背中・腰の痛み 手足の痛み
手足の痺れ 頭痛 吐き気 その他()

⑤今回の事故で、他の医療機関又は整骨院を受診しましたか?

いいえ はい → 医療機関名()
整骨院名()

⑥ご希望の検査や治療などありますか?(複数回答可、決まってない方は未記入でも大丈夫です)

レントゲン エコー リハビリ 注射 飲み薬 湿布 その他()

⑦診断書の希望はありますか?

いいえ はい 提出先(警察、保険会社、勤務先、その他)

⑧これまでにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか?

ない ある → 高血圧、糖尿病、肝臓病、喘息、胃潰瘍、痛風、腎臓病、心臓疾患、脳卒中
ペースメーカー、その他()

⑨定期的に内服している薬はありますか?

ない ある → () **お薬手帳があれば提出をお願いします。**

⑩今までに注射やお薬で体に異常(アレルギー)が起きたことはありますか?

ない ある → ()

⑪女性の方へお聞きします

妊娠中または妊娠の可能性はありますか? ない ある
授乳中ですか? いいえ はい

⑫当院をお知りになったきっかけは何ですか?(複数回答可)

家族や知人の紹介 通勤・通学で建物をみた 広告 看板
ホームページ 他の医療機関から紹介 その他()

⑬今回の事故で、心配や悩み事があれば、ご自由にお書き下さい。(身体の悩みや保険会社の対応など)

()