



交通事故で診察を受けられる方へ

問診票(診断・治療の参考にしますので出来るだけ御記入ください)

令和 年 月 日

フリガナ.....

お名前 (男・女) 年齢 才

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住所 〒 自宅 TEL

今後、病状の経過等をメール・ショートメール・電話でおたずねすることがあると思いますが、良い方は御記入ください。

メールアドレス 携帯 TEL

勤務先 勤務先 TEL

仕事・主な作業内容 スポーツ あり() なし

保険会社への通院連絡 (あり・なし) 警察への届出 済み・まだ

事故年月 年 月 日 症状はいつからですか? 年 月 日

1. 当院を知った理由

近所だから・通りかけで見つけた・うわさ・インターネット(検索ワードは何ですか。)

紹介(病院・接骨院・知人・友人)・保険会社からの紹介()

2. 右下の絵で、具合の悪いところに○をつけてください。

複数ある時は診てもらいたいところから番号(①、②・・・)を付けてください。またそれはどんな症状ですか? 痛み、痺れ、動かしにくい、力が入らない、腫れている、重い、気持ち悪い、めまい、

その他()

3. 今回かかる症状で病院や整骨院で治療を受けましたか? はい いいえ

医療機関名 治療部位

治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 ・ 現在通院中

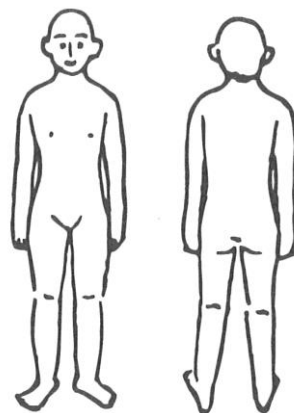
4. 事故の状況 自分(車・バイク・自転車・徒歩)相手(車・バイク・自転車・徒歩・なし)

追突・衝突・接触・その他()

事故の立場 被害者・同乗者・加害者・自損事故

過去の交通事故の有無 あり・なし

車やバイクの状況 全損・半損・一部破損・無傷 写真があればお見せください。



5. 事故の詳しい状況を教えてください。図で示していただいても結構です。

裏面もご記入ください。

6. お使いになる保険(保険会社と連絡が取れない場合は自費負担になることがあります)

相手の自動車任意保険 ご自身の自動車任意保険 健康保険 労災保険 自費

その他()

7. 今後の事故のことで不安なことはありますか？

体の悩み・保障の心配・保険会社の対応などあればお書きください。

()

8. 現在、治療している病気・持病はありますか？ (はい・いいえ)

はいの方、その病気・持病をお書きください。()

★喘息はありますか？(過去にあった ・ 現在治療中 ・ なし)

9. 現在、何かくすりを服用していますか？ (はい・いいえ)

はいの方、その薬剤名をお書きください。()

薬剤手帳があればお見せください。

10. 今まで手術したことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方、何の手術かお書きください。()

11. くすりや注射で気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)

はいの方、何のくすり・注射かお書きください。()

12. (女性の方のみ)現在、妊娠・授乳していますか？

妊娠(はい・いいえ)授乳(はい・いいえ)

13. 何人でお住まいですか？ (人)

14. ペースメーカーなど、体内に金属は入っていますか？ (はい・いいえ)

15. 本日希望したいことがあればお書きください。

16. (レントゲンをとりたい・薬で様子を見たい、注射したい、リハビリしたい、

院長におまかせ・院長に相談)診断や状態によってはご希望に添えない場合があります。

17. 飲酒 毎日(本・合) ・時々 ・しない 喫煙 毎日(本) ・時々 ・しない

ご協力ありがとうございました。

市ヶ谷整形外科 院長 市ヶ谷 憲

受付記入欄