

交通事故用 問診表

令和 年 月 日

ver.5

(フリガナ)

性別(男・女)

氏名 生年月日 T S H R 年 月 日 年齢

職業: デスクワーク・営業・立ち仕事・重労働・その他()

住所: 電話: - -

1. どこが具合悪いですか。痛い所・しびれ・はれている所に印をつけてください。

(痛いところには × しびれる所には △ はれている所には □)

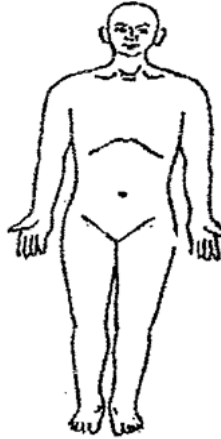
・次の症状があれば○をしてください

首が痛い・腰が痛い・肩がこる

手がしびれる・足がしびれる

頭痛・吐き気

・その他具体的な症状をお書きください



2. 交通事故日 令和 年 月 日

3. 警察への事故報告はしてありますか？(はい・報告しない・これからする)

4. 事故後他院は受診していますか？ (はい・いいえ)

(前医初診日 令和 年 月 日 最終受診日 令和 年 月 日)

5. 警察へ提出する診断書は必要ですか？ (はい・いいえ)

6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (ある・なし)

あると答えた方:薬品名()食べ物()

7. 今まで大きい病気や手術をしたことがありますか？(ある・なし)

あると答えた方 → ()

8. 体内に金属類が留置されていますか？(ある・なし)

あると答えた方 →(ペースメーカー・人工関節・人工弁・クリップ類・歯科インプラント・その他)

9. 現在、治療中の病気がありますか？(いいえ・はい:医療機関名)

高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・骨粗鬆症・心疾患・肝疾患・腎疾患・脳卒中・緑内障
前立腺肥大・心療内科・虫歯・歯周病・その他(病名:)

10. 現在、処方されている薬はありますか？(はい・いいえ・お薬手帳を持参している)

血液がサラサラになる薬・痛み止め・睡眠薬・漢方・その他()

11. お仕事をされている方のみお答えください

事故後仕事を(続けている・休んでいる・部分的にしている・相談したい)

12. 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？(はい< ヶ月>・いいえ) 授乳中ですか？(はい・いいえ)

→ 医師、看護師へ必ず申し出てください。