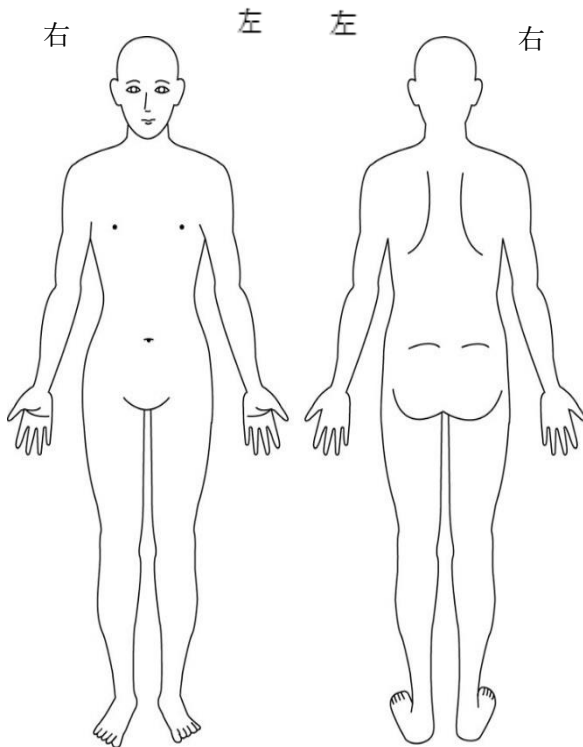


問 診 票

ふりがな		性別
お名前		男・女

1. 症状がある場所に○をつけてください 2. 事故の発生時刻

令和 年 月 日 時 分頃



3. 症状はいつからですか

☐ 事故直後 ☐ 令和 年 月 日 時 分頃

4. どのような状況でしたか

☐ はねられた : 歩行中・自転車・その他

☐ 車対車の事故 : 追突・衝突・その他

☐ 自損事故 : 転倒・衝突

座席の位置 : 運転席・助手席・後部座席 (左・右)

シートベルト : 装着・非装着

事故の詳しい状況

5. 今回の症状で、他の医療機関で治療を受けたことがありますか	☐ いいえ ☐ はい 医療機関名 ()
6. 今までかかった病気はありますか	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 喘息 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞・脳卒中 ☐ 心療内科 ☐ その他 ()
7. 今飲んでいるお薬はありますか	☐ いいえ ☐ はい ()
8. 手術を受けたことがありますか	☐ いいえ ☐ はい ()
9. 体内に金属が入っていますか	☐ いいえ ☐ はい ☐ ペースメーカー
10. 薬や食べ物のアレルギーはありますか	☐ いいえ ☐ はい ()
11. 女性の方のみお答えください ・妊娠されていますか ・授乳中ですか	☐ いいえ ☐ 可能性がある ☐ はい (ケ月) ☐ いいえ ☐ はい (ケ月)
12. 検査や治療に関するご希望はありますか	<u>☐ レントゲン ☐ 超音波 ☐ 血液検査 ☐ 骨密度</u> ☐ 注射 ☐ リハビリ ☐ 薬 ☐ その他 ()

* 記入して頂いた個人情報診療目的にのみ使用し、個人情報保護の下で厳正に保管致します。

おおつか整形外科