●問診票(事故)●

ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　下記の項目について記入もしくは〇で囲んで下さい。

令和　　年　　月　　日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令　年　月　日生 （職業：　　）	年齢 歳
お名前				
ご住所	〒	電話	携帯　－　－ 自宅　－　－	

Ｎｓｻｲﾝ	問診	診察

【1】いつの事故ですか？（　　月　　日　AM・PM　　時　　分）

【2】どのような事故でしたか？　例：停車中、後方から追突された。

運転席・助手席・後部座席・歩行者・自転車・バイク

〔　　〕

【3】どちらがお痛みでしょうか？　例：首が痛い。吐き気とめまいがする。

〔　　〕

気分不良　　ある　・　なし

【4】今回の事故でどちらか受診されましたか？

ない　・　ある　（医院名　　治療内容　　）

【5】警察に届けていますか？　　はい　・　いいえ

【6】いままでに下記の病気をしたことがありますか？　　ない　・　ある

ある場合　⇒　心臓病　肝臓病　腎臓疾患　透析中　肺疾患　脳疾患　糖尿病　高血圧症

低血圧症　リウマチ　喘息　緑内障　ペースメーカー　植え込み式徐細動器

【7】現在、飲んでいる薬がありますか？　　ない　・　ある

お薬手帳は持ってきていますか？　　はい　・　いいえ

【8】今までに手術を受けたことがありますか？　ない　・　ある

いつ：　　どこで：　　何の手術：

【9】①薬や食べ物で発疹が出たことがありますか？　ない　・　ある（　　）

②アレルギーはありますか？　ない　・　ある（　　）

【10】本日はお一人でいらっしゃいましたか？　　はい　・　いいえ

いいえの方は、どなたとおこしですか？　（　　）

交通手段は？　車・公共の交通機関（バス　電車　タクシー）・自転車・バイク・徒歩・ご家族の送迎

【11】女性の方へ。　現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ　・　妊娠の可能性あり　・　妊娠中(　　ヶ月)　・　授乳中