

令和____年____月____日

紹介状・CD-R 等をお持ちの方は受付にご提示ください。

問診票 (交通事故)

お名前 _____ 年齢 _____ 才 _____ 男・女 _____

これからお伺いする内容は、より良い診療を行うためのものです。
お手数ですが分かる範囲でお答えください。(全部で3枚あります。)

1. 事故についてお尋ねします。

いつの事故ですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃

事故の状況:

追突事故・正面衝突の事故・出会い頭の事故・接触事故・横転事故
単独事故・その他()

事故時の状態: 運転者・同乗者・歩行者・自転車

乗っていた車両:

普通自動車・軽自動車・トラック・バイク(cc)・自転車・歩行者

相手の車両:

普通自動車・軽自動車・トラック・バイク(cc)・自転車

シートベルト・ヘルメットの着用:

有 ・ 無

警察への届出はしてありますか? :

済 ・ 未

保険会社への連絡はしてありますか?

済 ・ 未

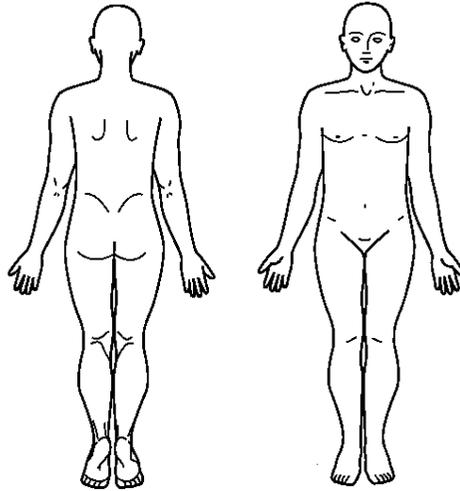
保険会社名: _____

担当者様連絡先: _____

2枚目もご記入お願いします。

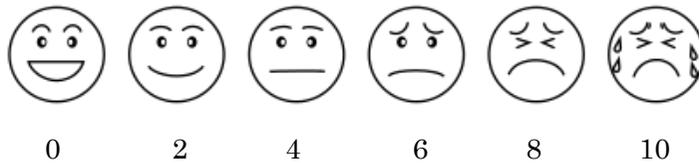
山室クリニック

症状のある部位に○をつけてください

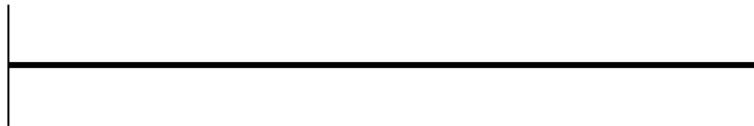


2. 痛みのある方は、痛みの強さを下の表情で示して○をつけてください。
または、下の線上で痛みを表す位置に斜線(/)をつけてください。

痛みの程度



痛みなし



耐えられない痛み

3. この症状で他の医療機関の診察を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)
(はいと答えた方のみ) (医療機関名)

紹介状：あり なし

検査：レントゲン MRI CT その他 ()

治療内容：薬 注射 手術

リハビリテーション (具体的な内容)

3枚目もご記入をお願いします。

山室クリニック

4. ご希望の検査・治療はありますか？（はい・いいえ）

検査： 骨密度検査 超音波検査 その他（ ）
 治療内容：薬 注射 リハビリテーション
その他（ ）
 例）他院への紹介状、粉薬が苦手、家でできることを教えてほしい、なるべく治療が早く終わるようにしてほしい 等

※上記は医師の診断により行われる為、患者様のご希望に添えない場合があります。ご了承ください。

5. （女性のみ）現在妊娠またはその可能性はありますか？（はい・いいえ）

6. 現在治療中の病気または過去にした病気・手術はありますか？（はい・いいえ）

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 喘息 胃潰瘍 腎臓病
その他（ ）
 過去にした手術（ ）

7. いま、何かお薬をのんでいますか？（お薬手帳をお持ちの方はご提示ください）

（はい（ ））・いいえ）

8. 薬や注射・食べ物によるアレルギーはありますか？

（はい（ ））・いいえ）

9. 当院受診が初めての方にお聞きします。当院をどのようにお知りになりましたか？

知人・家族の紹介 他院からの紹介 看板 通りがかり 近所に家がある
近所に会社・学校がある 電話帳 ホームページ フェイスブック
その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

.....《これより下はスタッフの記入欄です》.....

			R	L		R	L
頸椎	2 4	肩	2 2' 3	2 2' 3	膝	2 3	2 3
胸椎	2 4	肘	2 3	2 3	下腿	1 2	1 2
胸腰椎	2 4	手関節	1 2	1 2	足関節	1 2	1 2
腰椎	2 4	手	1 2	1 2	足	1 2	1 2
股関節	1 2	指(第 指)	1 2	1 2	趾(第 趾)	1 2	1 2
骨盤	1 2	肋骨	1 2	1 2	踵骨	1 2	1 2
骨塩定量		その他				荷重位で	