

交通事故問診表

記入日 年 月 日

リガナ

お名前

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢

ご住所 〒

お電話番号

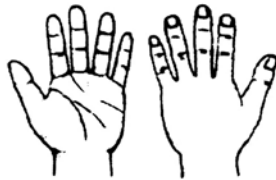
身長 cm 体重 kg

職種(具体的にお願いします)

1. 今日は、どこの具合が悪くて診察にみえられましたか？

どの部位に、どのような症状なのかをお書きください

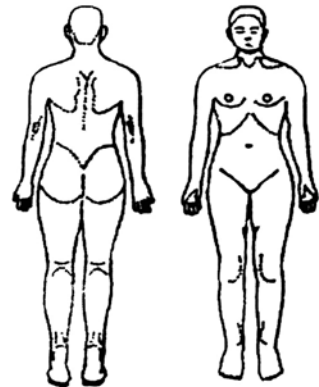
具合が悪いところを○で囲んでください



左手



右手



2. いつの事故ですか？ 平成 年 月 日

3. どういうきっかけの事故ですか？具体的にお教えてください

[]

4. 乗っていた車は、どのくらい破損しましたか？○をつけてください

大破 ・ ややへこんだくらい ・ かすり傷くらい ・ その他()

5. いつ頃から症状が出ましたか？ 平成 年 月 日

6. どの様なとき、症状がありますか？○をつけて、お書き下さい

イ) 常時 ロ) 時折 ()

7. 今日、受診のけがを、どこかの病院で検査、治療したことがありますか？

あり () なし

8. 今まで大きな病気、けが、手術などしたことがありますか？

あり () なし

ありと答えられた方は、いつ頃どこで治療しましたか？

いつ () どこで ()

9. アレルギーはありますか？

はい (飲み薬、注射、その他) いいえ

10. 現在、ほかの科で治療されていますか？

はい 科 疾患名() いいえ

11. 女性の方にお伺いいたします。妊娠またはその可能性はありますか？ いいえ ・ はい