

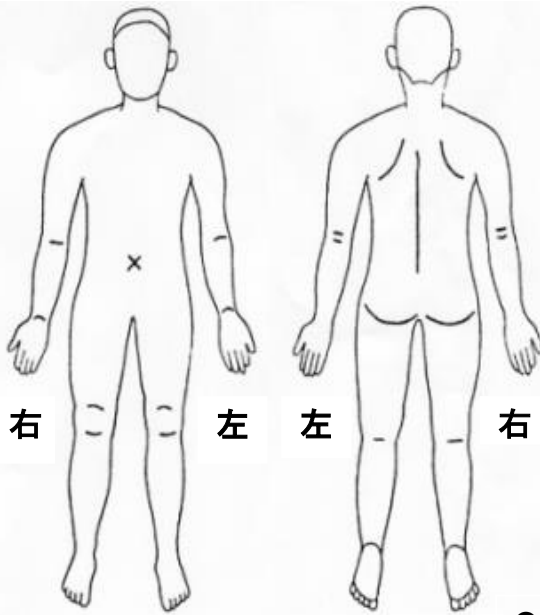
交通事故問診票

名 同

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
氏名	(男・女)		年 月 日
住所	〒 ー	電話番号	自宅
			携帯

本日症状がある部位はどこですか？

診てもらいたいところに
○をつけてください



●事故日 / 時間 AM・PM _____ :

●事故直後意識消失はありましたか？ 有 無

●事故の状況を記入して下さい

本人 _____ VS _____ 相手 例) 車 VS 車
(仕事中 通勤中 退勤中 外出先 その他)

●事故後、他の病院等は受診されましたか？
はい ・ いいえ

●警察署へ提出する診断書は希望されますか？ はい ・ いいえ

今までにかかった病気や 現在治療中の病気はありますか？	はい (喘息・糖尿病・高血圧・ペースメーカー) いいえ (その他)
現在飲んでいる薬はありますか？	はい (お薬手帳持参: <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無) いいえ (薬の名前: _____)
過去に手術をしたことはありますか？	はい (病名: _____ いつ頃: _____) いいえ (病院名: _____)
薬・金属・アルコールで副作用や アレルギーがでたことはありますか？	はい (金属・アルコール) いいえ (薬の名前: _____)
(女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？	いいえ・はい (_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 授乳中
(10歳以下の方のみ) 体重は何kgですか？	(_____ kg)
介護保険認定は受けていますか？	はい・いいえ (該当者のみ)