

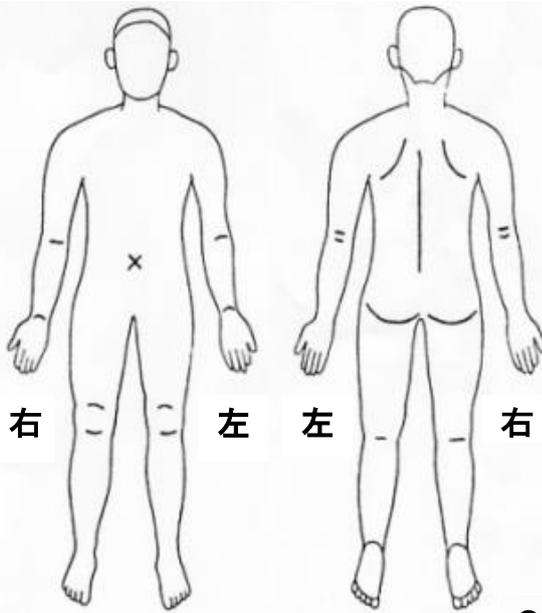
# 交通事故問診票

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<br>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)<br>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)<br>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: _____)<br>いいえ (病院名: _____)  |
| 薬・金属・アルコールで副作用や<br>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)<br>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)   |