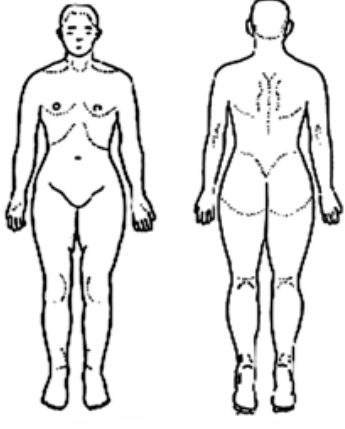


| | | | | | |
|-------|------------------------------------|---------|-------------|--|------|
| フリカ、ナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男・女 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 _____ 電話(_____) 携帯(_____) | | |  <p>上の絵で診察を希望される場所に○をつけてください。</p> | |
| 学生 | 小学生・中学生・高校生・大学生・専門学生(学年 年生) | | | | |
| 通勤・通学 | 車・電車・自転車・徒歩(分) | | | | |
| 握力 | (右: kg) | (左: kg) | 診断書 | | 要・不要 |
| 保険会社 | 加害者・被害者 | | | | |

1. 事故の状況を教えてください

事故発生時刻 年 月 日 時 分頃

はねられた →自動車・自転車・他()車対車の事故 →追突・正面衝突・側面衝突(右・左)

※シートベルトは？(装着・非装着)

※エアバックは？(作動・非作動・未装着)

※座席の位置は？(運転席・助手席・後部座席(右・左))

※車のハンドルは？(右ハンドル・左ハンドル)

事故の詳しい状況 _____

2. 現在の症状を教えてください

①頭痛(ある・なし) ②首痛(ある・なし) ③背部痛(ある・なし) ④腰痛(ある・なし)

⑤しびれ(ある・なし)(しびれる部位 _____) ⑥耳鳴り(ある・なし) ⑦吐き気(ある・なし)

⑧めまいやふらつき感(ある・なし) ⑨その他気になる症状(_____)

3. その症状はいつ頃からですか？

本日 昨日 月 日より 2~3日前 1週間前 その他()

4. 現在のお仕事を教えてください(職業 _____)

立ち仕事 座り仕事 重いものを持つ 運転 膝の屈伸が多い階段の昇降が多い 中腰作業が多い 主婦 していない その他()5. スポーツはしていますか？ はい いいえ

(スポーツの種類: _____)(週・月 日程度/日あたり 時間程度)

6. 現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ高血圧 高脂血症 脳梗塞 脳出血 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 心臓病腎臓病 肝炎(B・C) 気管支喘息 癌() その他()

7. 現在、服用中のお薬はありますか？ ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください

はい いいえ (薬品名: _____)8. 今までに手術を受けた事がありますか？ はい いいえ脳梗塞 脳出血 胃・十二指腸潰瘍 心臓病(ペースメーカー あり・なし)腎臓病 癌(部位 _____) その他() ※(いつ頃: 年頃 又は 年前)

9. 今までに薬や注射・点滴を打って、気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出た事がありますか？

はい いいえ ※わかれば具体的に症状・薬剤名を教えてください

(その時の症状: _____)(薬剤名: _____)

10. 診察を円滑に行うため、待合室で症状をお聞きする場合がありますがよろしいでしょうか？

はい いいえ(いいえの場合は診察室にて対応させていただきます)

11. 女性の方へ ※現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ (妊娠 ヶ月)

※現在、授乳中ですか？ はい・いいえ

12. 本日の診察に際しご希望を伺います 原因を知りたい ・ 症状を取りたい

13. 紹介者があればご記入ください ()

14. 傷害保険の加入(ケガによる通院に対して) _____ 加入している ・ 加入していない

※ この問診票は、診療を円滑に行うために利用させていただきます 御了承ください