

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(- -)			
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		
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				
<input type="checkbox"/> はねられた →自動車・自転車・他() <input type="checkbox"/> 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 _____			※弁護士特約ありますか?(ある・ない) ※人身傷害保険加入は?(ある・ない)	
2.現在の症状を教えてください				
<input type="checkbox"/> ①頭痛(ある・なし) <input type="checkbox"/> ②首痛(ある・なし) <input type="checkbox"/> ③背部痛(ある・なし) <input type="checkbox"/> ④腰痛(ある・なし) <input type="checkbox"/> ⑤しびれ(ある・なし)(しびれる部位) <input type="checkbox"/> ⑥耳鳴り(ある・なし) <input type="checkbox"/> ⑦吐き気(ある・なし) <input type="checkbox"/> ⑧めまいやふらつき感(ある・なし) <input type="checkbox"/> ⑨その他気になる症状()				
3.その症状はいつ頃からですか?				
<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 月 日より <input type="checkbox"/> 2~3日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> その他()				
4.現在のお仕事を教えてください(職業)				
<input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 座り仕事 <input type="checkbox"/> 重いものを持つ <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 膝の屈伸が多い <input type="checkbox"/> 階段の昇降が多い <input type="checkbox"/> 中腰作業が多い <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他()				
5.スポーツはしていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
(スポーツの種類:) (週・月 日程度/1日あたり 時間程度)				
6.現在、治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎(B・C) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 癌() <input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (薬品名:)				
8.今までに手術を受けた事がありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー あり・なし) <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 癌(部位) <input type="checkbox"/> 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?				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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?				
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)				
12.妊娠に関して(女性の方のみ)				
<input type="checkbox"/> 妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> どれにもあてはまらない				
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				

ID _____

つちや整形外科婦人科クリニック 交通事故用 問診票 令和____年____月____日★

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

2.本日、他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

3.ここ1年間で検診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方)
はい(いつ頃: _____ 月頃) (指導事項: _____) いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

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