

# 交通事故・労災患者様用問診表

記入日

※出血がある方、頭をぶつけている方は、この問診票を記入する前に受付までお声かけ下さい。

ふりがな

お名前

身長

cm

生年月日 T S H

年

月

日

才 体重

kg

体の中にペースメーカーが入っていますか？

はい

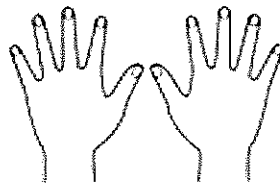
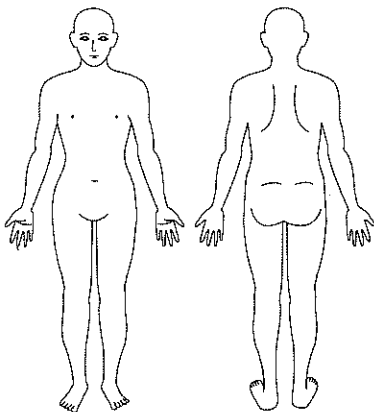
・ いいえ

診断書を希望されますか？

はい (提出先:勤務先・警察)

・ いいえ

1 今日診てもらいたいところはどこですか？ 部位を○で囲んで下さい



(左)

(右)



(左)

(右)



(右)

(左)

2 どのような症状ですか？該当するものに○をつけて下さい

頭痛・吐き気・めまい・痛み・しびれ(部位: )

腫れ・変形・違和感・動きづらさ・その他( )

3 お怪我された日はいつですか？(受傷日)

年

月

日

4 今回の症状はいつからですか？

年

月

日

5 考えられるきっかけ・受傷された時の詳しい状況をご記入下さい。

.....

.....

.....

6 交通事故の方は、ご記入下さい。

事故発生時刻

年

月

日

時

分頃

あなた	<input type="checkbox"/> 車(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> 歩行中	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> トラック(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> 他( )
相手方	<input type="checkbox"/> 車(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> 歩行中	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> バイク(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> トラック(速度 km/h)	<input type="checkbox"/> 他( )

お車の場合、どちらに座っていましたか？ 運転席 助手席 後部座席

追突された 正面衝突 側面衝突(運転席側・助手席側) 他( )

7 今回の症状で他医療機関を受診しましたか？

受診していない 受診した事がある（ 年 月 日 ～ 年 月 日まで）

現在も通院中（ 年 月 日から） 最終受診日： 年 月 日

医療機関名： \_\_\_\_\_

治療内容： \_\_\_\_\_

8 手術又は、輸血を受けたことがありますか？

はい →

いいえ

9 今までに、病気をしたことがありますか？

1)下記の中にあれば、○をつけて下さい。

喘息	糖尿病	高血圧	不整脈	狭心症	心筋梗塞
脳梗塞	リウマチ	貧血	胃炎	胃潰瘍	十二指腸潰瘍
痛風	高脂血症	甲状腺機能障害	肺結核		癌
その他					

\_\_\_\_\_

2)○をつけた病気で、現在も他の病院で治療中の方は、  
病院名と内服薬があれば記入して下さい。

※お薬手帳・薬剤情報提供書をお持ちの方は、診察時に提出して下さい。

病院名→

内服薬→

10 お薬やお注射で、湿疹や気分不快、その他の症状が出たことがありますか？

ある → 薬の名前がわかればおしえてください。 \_\_\_\_\_

どのような症状が出ましたか？ \_\_\_\_\_

ない

11 ご職業は？ 職業記入と該当する業務内容に○をつけて下さい。

\_\_\_\_\_ (デスクワーク・外回り・立ち仕事・重労働・軽作業)

今回の疾病、お怪我が原因でお仕事を休まれていますか？

はい（ 年 月 日から）

いいえ

上記以外→ 学生・専業主婦(夫)・無職

12 女性の方にお伺いします。現在妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中( 月) 出産予定日( 年 月 日) 妊娠の可能性あり 授乳中

いいえ

閉経( 才)