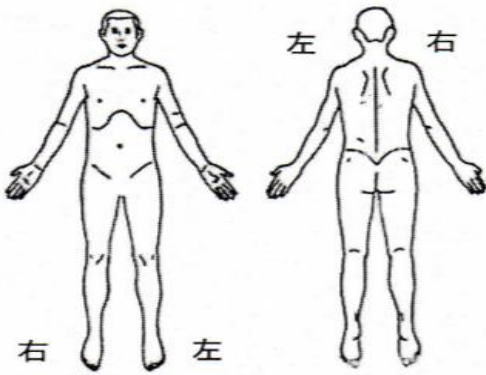


交通事故で受診される方へ

お名前	フリガナ)	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
	男 女	電話番号	携帯)	-	-		
			自宅)	-	-		
住所	(〒 -)						
受付時マイナンバーカードを使用しましたか？				診療情報取得に同意しましたか？			
いいえ ・ はい の方 →				はい ・ いいえ			
事故の状況をご記入ください	①事故が発生した日 令和 年 月 日 時 分頃						
	②事故の状況						
車同士の事故の方は 右の項目について ○でお答えください	①シートベルトは？		装着 ・ 未装着				
	②エアバックは？		作動 ・ 未作動 ・ 未装着				
	③座席の位置はどこでしたか？		運転席 ・ 助手席 ・ 後部座席 (右 中央 左)				
	④車のハンドルの位置はどちらですか？		右 ・ 左				
症状のある部位に、○を付けてください			診断書は必要ですか？		要 ・ 不要		
握力 右 kg 左 kg 右利き 左利き			今の症状は？		VAS		
			頭痛 なし あり		めまい・ふらつき感 なし あり		
			首痛 なし あり		吐き気 なし あり		
			背部痛 なし あり		耳鳴り なし あり		
			腰痛 なし あり		その他の症状		
			腕～手の痛み なし あり				
			しびれ なし あり				
			太もも～足の痛み なし あり				
			しびれ なし あり				
薬・注射・食べ物などでアレルギーは？			なし あり ()				
大きな病気・けがや手術の経験は？			はい → 手術 骨折 病気 事故 捻挫 ギックリ腰 いいえ その他				
手術で、体の中に金属がありますか？			いいえ はい → ペースメーカー 他 ()				
治療中の病気がありましたら、○を付けてください			高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 その他				
服用している薬はありますか？			なし あり ()				
お仕事は？			事務 営業 力仕事 主婦 立ち仕事 他 ()				
運動は行っていますか？			いいえ はい (どんな？) → 頻度 回/ 日・週・月				
女性の方へ 出産経験はありますか？			【出産経験】 なし あり (回)				
妊娠されていますか？			【妊娠】 いいえ 分からない はい (ヶ月)				
授乳されていますか？			【授乳】 いいえ はい				
身長と体重は？			身長 (cm) 体重 (kg)				
薬の受け取り場所のご希望は？			アイセイ (当院門前) その他				
今回の事故で、他の医療機関での受診は？			なし あり → どこで？				
当院を、どこでお知りになりましたか？			知人 友人 ネット 看板 電話帳 新聞広告 他 ()				