

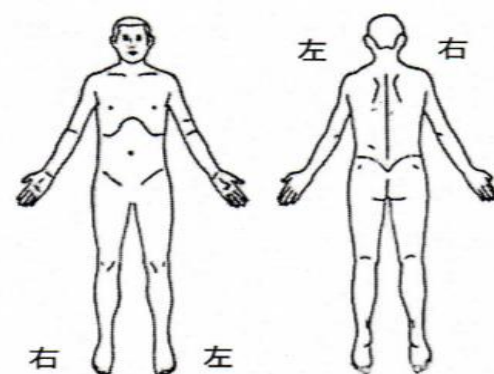
交通事故で受診される方へ

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 \Rightarrow	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 ()