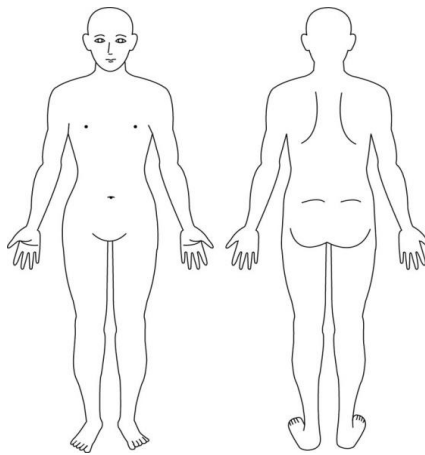


交通事故で受診される方へ

診断書	要	・	不要
-----	---	---	----

フリガナ			
お名前			男 女
生年月日	大・昭・平	年	月 日
住所	〒 -		
電話	() -		

握力 右 kg 左 kg



← 症状部位を
○で囲む

頭痛	有・無
首痛	有・無
背部痛	有・無
腰痛	有・無
腕～手のシビレ・痛み	有・無
太もも～足のシビレ・痛み	有・無
めまい・ふらつき感	有・無
吐き気	有・無
耳鳴り	有・無
その他の症状	

(1) 事故の状況

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

追突された・正面衝突・側面衝突(右・左)

シートベルトは? → 装着・非装着 エアバッグは? → 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)

車のハンドル位置は? → 右・左

事故の詳しい状況

(2) 本日の症状はいつ頃からですか? 年 月 日() 時頃から

どこかで治療を受けましたか? いいえ・はい → (病院名)

(3) 仕事をしてみえますか? いいえ・はい → どのな?

スポーツはしてみえますか? いいえ・はい → どのな?

頻度は? 回/週、 回/月

(4) 薬や注射、食べ物などのアレルギー 無 有 → どのな?

(5) これまでにかかった病気やケガ、手術の経験はありますか?

ない・ある → ()

(6) いま体の中に、過去の手術などで金属が入っていますか? (骨折プレートやペースメーカーなど)

いいえ・はい → (どのな?)

(7) 現在、通院中のケガや病気がありますか?

ない・ある → (高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・胃潰瘍・ケガ・手術・事故)
(他 →)

(8) 現在、飲んでいる薬はありますか? (漢方薬、市販薬などを含む)

ない・ある → ()

(9) 女性の方におたずねします。

妊娠中ですか? いいえ・はい → (月) ・ 分からない

授乳中ですか? いいえ・はい 出産回数 回

(10) 診察や治療で、特に希望されることはありますか?

(例: 注射はイヤ、リハビリ希望、薬はいらない、検査を希望など)

(11) 薬の受取場所について、ご希望がございましたか?

アイセイ(当院門前) ・ 以外

(12) 現在の体重は? kg

*ご記入有難うございました。うすい整形外科