

診察を受ける前に

日付	紹介状 CD
ID	受付時間
問診予定	診察予定

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 M・T・S・H _____ 年 月 日
(〒 _____)

おところ _____

ご連絡先 携帯 _____ 勤務先
電話番号 自宅 _____ (学校名) _____

◆ 過去にぜんそくの症状はありますか

- ① ない ② ある _____

◆ ほかの病気はありますか？

くすりを飲まれていますか？

- ① ない
② ある

心臓、高血圧

糖尿病

胃腸（かいようなど）

肝臓

腎臓

そのほか _____

◆ 湿布を貼ってかぶれ(赤くなる・かゆくなる)はありますか？

- ・かぶれやすい
- ・かぶれない
- ・貼ったことがない
- ・その他 (_____)

◇女性の方にお尋ねします。

妊娠中（妊娠の可能性がある）

- ① いいえ ② はい

授乳中ですか？

◆ 注射・くすり・食べ物でアレルギーがありますか？

- ① ない
② ある _____

◆ できれば、ご来院のきっかけをお教え下さい。（複数でも結構です）

- ・以前、受診していた
- ・家（職場・学校）に近い
- ・家族・知人（ _____ ）が受診
- ・知人（ _____ ）の紹介
- ・他医（ _____ ）の紹介
- ・保険会社からの紹介
- ・専門医だから
- ・インターネット（検索、ホームページ）
- ・その他（ _____ ）

記入された方

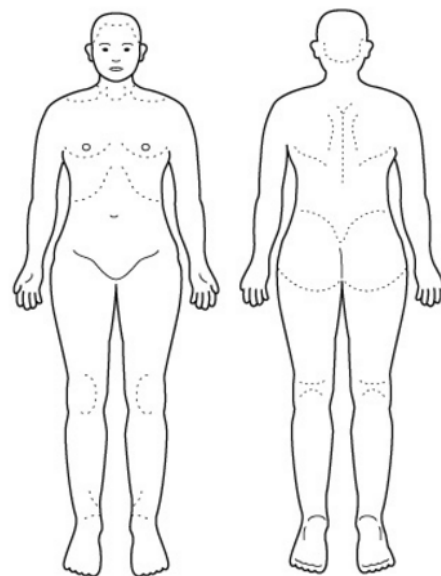
本人・（ _____ ）

交通事故について

事故に遭われ、痛みや気分がすぐれないときに申し訳ありません。御協力下さい。

- はねられた 自動車から・自転車から・() から
 車対車の事故
 その他 ()

症状のある箇所に印を付けて下さい



事故の状況

事故発生時刻 年 月 日 時 分頃

事故の詳しい状況

事故後治療を受けられましたか

- なし
 あり

病院・医院名・整骨院 _____

診断および治療内容

警察提出用の診断書が必要ですか

- 必要 不要 わからない

	事故直後	現 在
頭 痛	あり なし	あり なし
めまい	あり なし	あり なし
吐き気	あり なし	あり なし
耳鳴り	あり なし	あり なし
ふらつき	あり なし	あり なし
不 眠	あり なし	あり なし
その他の 症状		

事故状況 追突された・正面衝突・側面衝突(右・左)

シートベルト 装着・非装着

エアバック 作動・非作動・未装着

座席の位置 運転席・助手席・後部座席(右・左)

【乗られていたお車について】(判れば)

車 種 _____

車のハンドルの位置 右・左

損傷状況 _____

【相手のお車について】(判れば)

車 種 _____

損傷状況 _____