

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 _____ 男
 お名前 _____ 女 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
 (〒 -)
 おところ _____
 ご連絡先 携帯 _____ ご職業(勤務先)
 電話番号 自宅 _____ (学校名) _____

該当する項目にしてください

◆ 過去にぜんそくの症状はありますか？

ない 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？

ない

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 _____

◆ 注射・くすり・食べ物でアレルギーがありますか？

ない ある _____

◆ 本日の診察にご希望がありますか

◆ 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()からの紹介

他医()からの紹介

専門医だから

当院ホームページ、

その他のネット情報

◆ 湿布をについて

かぶれやすい

かぶれない

種類による

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(妊娠の可能性ある)ですか？

いいえ

はい

授乳中ですか？

いいえ

はい

記入された方

ご本人

その他 ()

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 ()

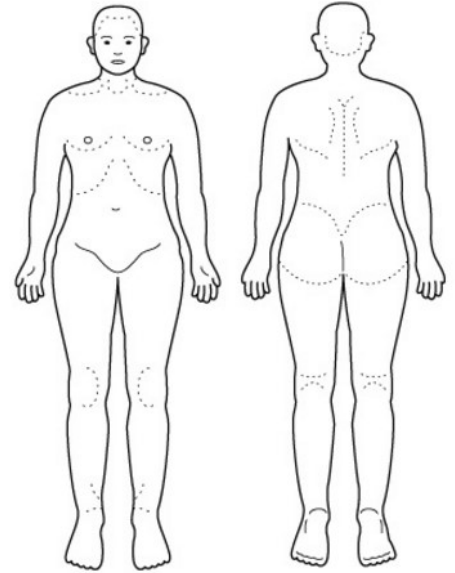
事故の状況

事故発生日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分頃

事故状況
 (図示できれば)

事故の詳しい状況

症状のある箇所に印を付けて下さい



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

現在の症状

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)

チャイルドシート 助手席・後部座席(右・左)

【乗られていたお車について】(判る範囲で)

車種 _____ ハンドルの位置 右・左

損傷状況 自走可
レッカー移動 _____

【相手のお車について】(判る範囲で)

車種 _____

損傷状況 自走可
レッカー移動 _____

	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
そのほかの 症状		