

交通事故用問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
氏名 _____

年齢 _____ 歳 男・女

必要時記入

身長 _____ cm
体重 _____ kg

★発熱、咳、発疹（体のぶつぶつ）がある方へ
発疹（はしか）・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜの可能性がある場合は、受付に申し出てください。

1. 診療情報の取得に関して、必ずご記入ください

- 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
- 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用またはオンライン資格確認にご協力をお願いいたします。

情報取得に 同意する・同意しない

2. 今日はどの部位を診察してもらいたいですか _____ 体温 _____ °C

3. どんな症状ですか ○印をつけてください

- ・痛い
- ・しびれる
- ・曲がらない
- ・変形している
- ・腫れている
- ・歩行困難
- ・その他（ _____ ）

4. いつの事故ですか _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 症状が出てきたのはいつ頃からですか _____

6. どういうきっかけの事故ですか _____

7. 今、治療中の病気はありますか（例：高血圧、高脂血症 など）

なし・あり（ _____ ）

8. 今までに大きな病気にかかったことはありますか（例：骨折、肝炎 など）

なし・あり（ _____ ）

9. 今までに手術を受けたことはありますか

なし・あり（ _____ ）

10. 今、飲んでいる薬はありますか ※持参された お薬手帳を見せてください

なし

11. あり（薬品名： _____ ） 11 注

射・薬・食物でのアレルギーはありますか

なし・あり（品名： _____ ）

12. 10日以内に海外から帰国、またはそのような人と接触した可能性はありますか

なし・あり（国名： _____ ）

13. 女性の方へ： 現在妊娠していますか

いいえ ・ はい（ _____ ヶ月） ・ 可能性がある ・ 授乳中

14. 警察提出用の診断書を希望されますか はい ・ いいえ ・ 現時点では不明

ありがとうございました。

【以下、看護師記入欄】

他患 有
 無 緊急 準緊急 やや緊急 非緊急