

交通外傷 問診票

記入日： 年 月 日

| | | |
|---------------------|-----|--------------------------|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 |
| お名前 | 男・女 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳) |
| ご住所 〒 - | | |
| 電話番号 自宅 () | | 携帯 () |
| ご家族の連絡先(緊急時)お名前 () | | 続柄() |
| 電話番号 () | | |

| | |
|---|--|
| 1.いつのお怪我ですか (令和 年 月 日) | |
| 2.受診時の状況 追突された・追突した・車にはねられた・自損事故 仕事中・通勤中・その他() | |
| 3.どこにどのような症状がありますか (どこ:) (どのような:) 症状のある部位に ○をつけてください |  |
| 4.今回の事故で他院・接骨院等に受診しましたか いいえ / はい (施設名:) | |
| 5.現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やけがはありますか いいえ / はい (治療中:) (これまでの病気やけが:) | |
| 6.アレルギーはありますか いいえ / はい() | |
| 7.女性の方へ 現在妊娠中、授乳中ですか いいえ / 妊娠中 / 授乳中 | |
| 8.体内に金属が入っていますか いいえ / はい | |
| 9.要支援・要介護度区分(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) | |
| 10.警察用診断書希望 いいえ / はい | |
| 11.勤務先 | |
| ※勤務先については保険証の持参のない方、業務災害・通勤災害の方のみご記入ください | |
| 名称 | |
| ご住所 〒 - | |
| 電話番号 () | |

◎当クリニックは、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、マイナ保険証の活用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時:1点 再診時(3月に1回):1点