

交通事故で来院された患者さんへ

フリガナ 名前	(必須) _____	男女	大・昭・平 年 月 日生
住所	〒 _____	電話	自宅 () 携帯 — —

◆事故の状況

発生時刻 年 月 日 午前・午後 時 分頃

車同士の交通事故 追突・正面衝突・側面衝突(自車の右に、左に)・その他

→座席の位置 運転席・助手席・後部座席(右・中央・左)

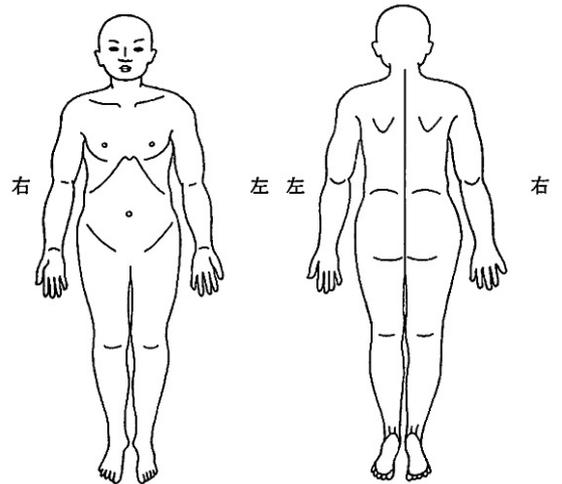
上記以外 患者さんが歩行者・自転車・バイク(排気量 cc) ↓ **症状部位を○で囲む。**

◆事故の詳しい状況

.....

◆どんな症状がありますか。

.....



◇以下の症状があれば○を付けて下さい。

目のかすみ・吐き気・嘔吐・めまい・耳鳴り

◆警察用診断書 要・不要

◆今回のことで、他の医師の診察や治療を受けたことがありますか。

ない・ある⇒病医院名()

*身長 cm 体重 kg 仕事内容・スポーツ (具体的に) _____

*利き腕は 右・左・両方

*食べ物・薬・注射のアレルギーはありますか
ない・ある⇒

*貼り薬や塗り薬で、かぶれたことはありますか。 ない ある (貼り薬で・塗り薬で)

*現在治療中 (薬剤内服中) または過去に病気がありますか。
ない・ある⇒ 喘息、胃炎、胃潰瘍、高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病 (B・C 型肝炎)、腎臓病、脳疾患、肺疾患、不眠症、高脂血症、その他 ()

*以前に手術を受けたことがありますか
ない・ある⇒

*タバコは吸いますか
いいえ・はい⇒ 本/日

*女性の方へ：現在妊娠されていますか。
いいえ・はい⇒妊娠 週、出産予定日 年 月 日

★その他要望事項があればご記入ください。

***フリガナと枠内は必ず記入して下さるようお願いします。**

この書類は診療以外の目的では使用いたしません。