交通事故患者予診票

・受診日：令和　　年　　月　　日

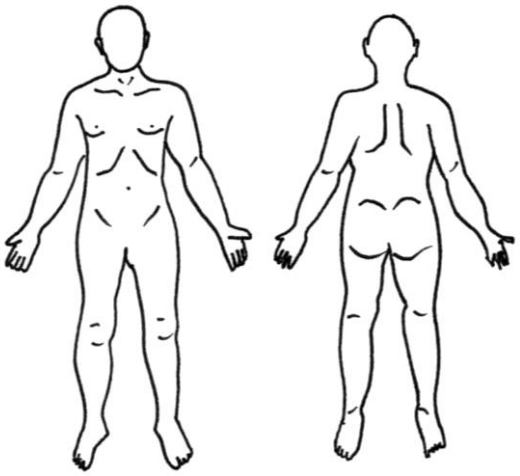
・お名前

・事故発生日時：令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分ころ

・事故状況を簡潔にご記入のうえ、事故態様について〇印を付してください。

事故状況の説明（図での説明）	事故態様
	1　人対車両（自転車・自動二輪車・自動車）
	・横断中（横断歩道上・その他）
	・横断以外（　　）
	2　車両対車両
	・正面衝突
	・側面衝突
	・出合い頭衝突
	・接触
	・追突
	3　その他（　　）

・受傷の部位（外傷や傷み等のある箇所に〇印を付けてください。）



次の症状に当てはまるものに〇印を付けてください。

・痛み　　・痺れ　　・麻痺　　・その他

そのほかの症状がある方はその症状をご記入ください。

裏面もあります→

1. 現在、当院以外の病院にかかっていますか？

いいえ　　はい（　　病院）

2. いつも服用されているお薬はありますか？
※お薬手帳をお持ちの方は看護師の問診時に提出してください

ない　　ある（内容：　　）

3. 血が止まりにくくなる薬を服用していますか？（バイアスピリン、ワーファリン、プラビックスなど）

ない　　ある（内容：　　）

4. 今までに入院や手術を受けられたことはありますか？　また何才ごろですか？

ない　　ある（　　年頃　　才のとき）

5. アレルギーはありますか？（薬、注射、食品や果物、アルコール、ゴム製品でじん麻疹など）

ない　　ある（　　）

6. 女性の方のみご記入ください

① 現在、妊娠の可能性はありますか？（　ある　ない　わからない　）

② 現在、授乳中ですか？（　いいえ　はい：産後　　年　　ヶ月）

③ 現在、ピルや女性ホルモンを服用されていますか？

（　いいえ　はい：内容　　）

※代筆の場合は代筆者のフルネームをご記入ください【　　】

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にご協力をお願い致します。
◆医療情報取得加算　（初診時）加算１：３点（マイナ保険証を利用した場合／紹介状を持参した場合）加算２：１点

医療法人社団　渡部整形外科