

交通事故で受診される方へ

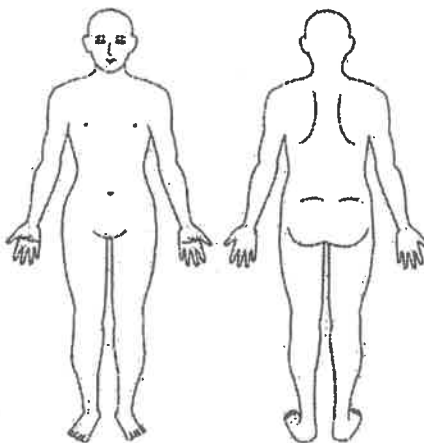
kagayaki clinic

中村整形外科

診断書

要 ・ 不要

握力 右 kg 左 kg



症状部位を
○で囲む

フリガナ

お名前

男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話番号 () -

(1) 事故の状況

事故発生時刻 年 月 日 時 分頃

☐ はねられた → 自動車・自転車・他()

☐ 車対車の事故

追突された・正面衝突・側面衝突(右・左)

シートベルトは? → 装着・非装着 エアバッグは? → 作動・非作動・未装着

座席の位置は? → 運転席・助手席・後部座席(右・左)

車のハンドル位置は? → 右・左

事故の詳しい状況

頭痛	有・無
首痛	有・無
背部痛	有・無
腰痛	有・無
腕～手のシビレ・痛み	有・無
太もも～足のシビレ・痛み	有・無
めまい・ふらつき感	有・無
吐き気	有・無
耳鳴り	有・無
その他の症状	

(2) 本日の症状はいつ頃からですか?

年 月 日()

時頃から

どこかで治療を受けましたか?

いいえ・はい → (病院名)

(3) 仕事をしてみえますか?

いいえ・はい → どのな?

スポーツはしてみえますか?

いいえ・はい → どのな?

頻度は?

回/週、

回/月

(4) 薬や注射、食べ物などのアレルギー

無

有

→ どのな?

(5) これまでにかかった病気やケガ、手術の経験はありますか?

ない・ある → (高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・胃潰瘍・ケガ・手術・事故)

↓

その他具体的に()

(6) いま体の中に、過去の手術などで金属が入っていますか?

(骨折プレートやペースメーカーなど)

いいえ・はい → (どのな?)

(7) 今、飲んでいる薬(漢方薬、市販薬も含め)

無

有

→ どのな?

(8) 女性の方におたずねします。

妊娠中ですか?

いいえ・はい

→ (

ヶ月)・分からない

授乳中ですか?

いいえ・はい

出産回数

回

(9) 診察や治療で、特に希望されることはありますか?

(例:注射はイヤ、リハビリ希望、薬はいらない、検査を希望など)

(10) 薬の受取場所について、ご希望がございますか?

希望なし

希望あり

→ (調剤薬局名)

(11) 現在の体重は?

kg

*ご記入有難うございました。