

交通事故 診療申込書

カルテ No.

年 月 日

フリガナ		男	生年月日		
氏名		女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 歳		
住所	※再診の方で住所変更のない方は、住所の記入は不要です。 〒 -				
電話	自宅	() -	携帯	-	-

★診療上、大切なことです。わかりやすく症状を記入してください。

1)事故受傷日(年 月 日)
2)現在どちらかの病院で治療していますか? (はい・いいえ) 身長()cm 「はい」の方 病院名() 体重()kg レントゲンは撮影しましたか? (はい・いいえ) 傷病名がわかる方は記入してください。()
3)事故はどのようにしておこりましたか? 例:軽自動車運転中、信号待ちで停まっていた所、後部より乗用車が衝突してきた。
4)双方の車は、どのような損傷がありましたか? 例:相手の車はスピードが出ていて、私の車はバンパーが外れかけて、トランクが開けにくくなっている。
5)乗車していた場合、どちらのシートに乗っていましたか?
6)今、身体のどこに、どのような症状がありますか?
7)ご職業を教えてください。(主婦の方・無職の方もご記入ください。) ※身体にどれほどの負担がかかっているか目安にします。 例:事務職・営業職・販売職・介護職・製造業 等
8)今までに大きな病気・怪我(入院や手術を要するもの等)はありますか? または現在治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→どのような病気・怪我ですか?()
9)現在、服用している薬がありますか? (マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です。) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→どのような薬ですか?()
10)最近1年間で特定健診または、高齢者健診を受診しましたか? (マイナ保険証による情報取得に同意されている場合は、記載を省略可能です。) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(受診時期: 年 月 日頃 指摘された項目:)
11)アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> その他()
12)注射や飲み薬等で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→どのような薬ですか?()
13)タバコは吸いますか? <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本位を 年間) <input type="checkbox"/> やめた(年前まで1日 本位を 年間)
14)女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか? あるいは妊娠の疑いがありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
15)マイナ保険証による診療情報取得に同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医療法人悠由会 てい整形外科クリニック

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2(マイナ保険証を利用した場合) 2点