

# 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	〒		※前回受診より変更ない方は ✓をいれてください。 <input type="checkbox"/>	
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)どちらかの病院を受診しましたか? (はい・いいえ) 身長( )cm [はい]の方 病院名( ) 体重( )kg 画像は撮りましたか?(レントゲン・MRI・CT)
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。 ※選択し○で囲んでください。 ※身体にどれほどの負担がかかっているか目安にします。 デスクワーク・営業職・販売職・介護職・軽作業・現場作業・主婦・無職 その他(立ち作業 or 座り作業) 学生( 年生 )
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、記載省略が可能です。) <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、記載省略が可能です。) <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"/> 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、発疹がでたりし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?( 症状: )
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。現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか? <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※授乳中の方(産後 か月)
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。  
◆医療情報取得加算の算定をさせていただきます。