

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	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。 ☐	
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)	
「はい」の方 病院名()	
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。 職種() デスクワーク ・ その他(立ち作業 or 座り作業) 学生(年生) 主婦 ・ 無職	
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？ ☐ ない ☐ 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。) ☐ ない ☐ 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。) ☐ ない ☐ 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？ ☐ ない ☐ ある→(☐ 食べ物 ☐ 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？ ☐ ない ☐ ある→どのような薬ですか？(症状：)	
13)タバコは吸いますか？ ☐ 吸わない ☐ 吸う(1日 本位を 年間) ☐ やめた(年前まで1日 本位を 年間)	
14)女性の方にお聞きたいします。現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？ ☐ ない ☐ 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。 ☐ はい ☐ 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。