

交通外傷・労災 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
ご住所 〒 -		
電話番号 自宅 ()		携帯 ()
ご家族の連絡先(緊急時)お名前 ()		続柄()
電話番号 ()		

1.いつのお怪我ですか (令和 年 月 日)

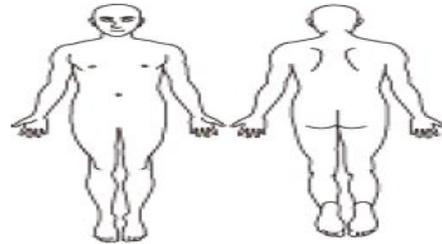
2.受診時の状況

追突された・追突した・車にはねられた・自損事故
工作中・通勤中・その他()

3.どこにどのような症状がありますか

()

症状のある部位に
○をつけてください



4.今回の事故で他院・接骨院等に受診しましたか

いいえ / はい (施設名:)

5.現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やけがはありますか

無 / 有 ()

()

6.アレルギーはありますか 無 / 有

7.女性の方へ 現在妊娠中/授乳中ですか 無 / 妊娠中 / 授乳中

8.体内に金属が入っていますか いいえ / はい

9.要支援・要介護度区分 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

10.診断書希望 無 / 有

☆裏面もご記入ください →

11.勤務先

※勤務先については保険証の持参のない方、業務災害・通勤災害の方のみご記入ください

名称	
ご住所	〒 -
電話番号	()

ご記入ありがとうございました。

ご記入いただきましたら、問診票を受付まで提出し、診察まで待合でお待ちください。

◎当クリニックは、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き、
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の活用にご協力お願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時:1点 再診時(3月に1回):1点

よねもと整形外科