

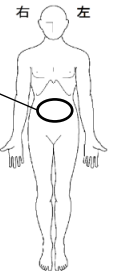
八田整形外科クリニック 問診票(交通事故)

ID: 記入日: 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日 (昭和・平成・令和) ※○をおつけください	
氏名				年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				
電話番号	自宅:	-	-	身長:	cm
	携帯:	-	-	職業・学年:	
	緊急連絡先:	-	-	介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
マイナ保険証による診療情報取得			あり・なし		
当院をどちらでお知りになりましたか?			ホームページ・マップ・近所・通りがかり・ご紹介・転院		

① 症状のある部位を○で囲み、症状について書き込んでください。

(例)
1/1~
痛み
しびれ










② 事故状況についてご記入ください。 例) 発生日時・事故状況・車の破損状況(自身・相手) など

発生日時:	月	日	時頃
発生状況:			

③ 今回の症状で他の病院を受診されましたか? 例) ○○病院の○○科・紹介状と画像CD-R持参 など

ある	・	ない	※病院・クリニック名()
----	---	----	---------------

④ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか? 例) 病名・病院名・手術名 など

ある	・	ない	※病名() ※出来ればご記入ください
----	---	----	---------------------

⑤ 現在、治療中の病気はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

高血圧・糖尿病・胃・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・脳卒中・がん() 心臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・血液感染症(エイズ・B型肝炎・C型肝炎・梅毒)
その他の病気:
内服中のお薬: ※薬の名前がわかればご記入ください

⑥ 薬・食べ物・注射などで具合が悪くなったことはありますか? 例) ○○アレルギーがある など

ある	・	ない	※原因()
----	---	----	--------

⑦ スポーツはしていますか?

していない・している(競技名: 年数)・していた(年前まで)

⑧ 体内に金属は入っていますか?

ある	・	ない	※ある場合(ペースメーカー・人工内耳・人工肛門・義眼・整形外科手術による金属・その他)
----	---	----	---

⑨ 女性の方のみご記入ください

妊娠していない・妊娠の可能性あり・妊娠中(ャ月)・授乳中・閉経(歳)
--

⑩ 診療や治療を受ける上でご希望はございますか? 例) 注射はイヤ、診断書が必要など

ある	・	ない	※ある場合具体的に()
----	---	----	--------------

上記個人情報、医療機関提供範囲内でご利用させていただきます

八田整形外科クリニック 同意書

※ご理解頂けましたらチェックとご署名をお願いします

☐ 患者様より過度な謝罪要求や大声での罵声、威圧など感じられる場合及び治療診療に関する過度な要求をされる場合は、誠に申し訳ありませんが当日および今後一切の診療をお断りさせて頂くことに同意します

☐ 保険会社から自宅に送付される同意書に2カ月経過しても返送されない場合は、署名と捺印して保険会社に返送する書類が来ます。当院は保険会社に患者様個人情報を開示し、医療費の請求をする事に同意します

署名: