(事故用)
整形外科問診表

ご記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	才	生年月日	(T・S・H・R) 年		
氏名		性別	男・女	身長	月 日		
					cm	kg	
ご職業		職種					
住所	(〒 -)			電話:			
				携帯:			
当院を何でお知りになりましたか?(複数回答可)							
☐ 自宅・職場が近所 ☐ 看板を見た ☐ ホームページをみた ☐ 整骨院から紹介された ☐ 他院より紹介された ☐ 家族・知人の紹介 ☐ その他()							

事故の状況と症状を詳しくご記入ください。(診断書の作成に使用します)	
事故状況:	
ケガの症状:	

いつ事故に遭われましたか	当院の診断書は必要ですか(警察に届出用)
月 日	必要 ・ 不要
保険会社への連絡はしていますか?	事故の相手はありますか?
している ・ していない	ある ・ なし → 自損 ・ 物損
治療費の支払いについて	
相手方の保険 ・ 自費 ・ 示談 その他()	

事故の症状以外で治療されている病気はありますか?
いいえ ・ はい → (病名:)
今、飲まれているお薬はありますか?
いいえ ・ はい → (薬剤名:)
今までに、注射や薬で気分が悪くなったり、じんま疹がでたことはありますか?
いいえ ・ はい → (薬剤名:) アレルギー体質ですか?(はい ・ いいえ)
レントゲン撮影を行ってもよいですか?
はい ・ いいえ → (理由:)
(女性の方) 現在妊娠されていますか?
はい ・ いいえ