

# 外傷問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入)	( ) °C	<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) いつどのような状況でけがをされましたか？

いつ： 月 日 時頃

状況：(具体的に下の( )内に記載してください)

屋外  屋内  工作中・通勤途中  第三者行為・交通事故

2) 出血はありましたか？

はい  まだ出血している  いいえ

(部位： )

3) けがをしたときに以下のような症状は見られましたか？

ぼーっとしている  意識を失った  けいれんした  
 手足が動かなかった  嘔気、嘔吐した  味・においを感じなくなった  
 めまいがしている  その他 ( )

4) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧症  糖尿病  脂質異常症  心疾患  不整脈  
 痛風  気管支喘息  リウマチ疾患  アトピー性皮膚炎  
 脳卒中(出血・梗塞 部位： )  がん ( )

5) 現在服用中のお薬はありますか？ (お薬手帳をお持ちの方は提示してください)

はい (お薬名 )  いいえ

6) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (お薬名 )  いいえ

7) お酒やたばこは嗜みますか？

タバコ：  吸わない  吸う 1日 ( ) 本 × ( ) 年

お酒：  飲まない  飲む 週 ( ) 日 種類・量 ( )

8) (女性の方のみ) 妊娠中ですか？

いいえ  妊娠が否定できない  妊娠中 ( ) 週  授乳中

9) (マイナ保険証を用いる場合) マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

はい  いいえ ご協力ありがとうございました。

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。