

# 明海クリニック 事故・労災 問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 明大昭平 年 月 日 年齢 歳

〒

男性 女性

住所

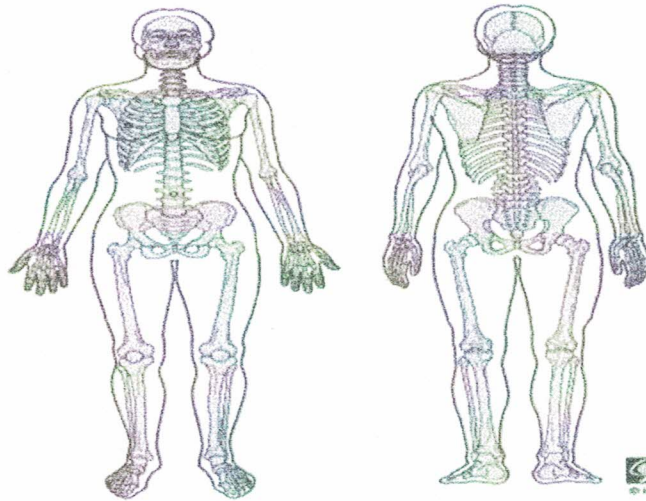
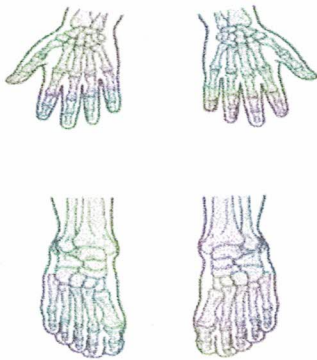
自宅電話 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

下記の質問にお答えください。

1. 受傷年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 交通事故ですか? 被害者 加害者 不明 保険会社名( \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ )
3. 労災ですか? 業務中 通勤中 職場名( \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ )
4. 診断書希望 有 無 提出先( \_\_\_\_\_ )
5. けがをした時の状況を詳しくご記入下さい。  
( \_\_\_\_\_ )
6. 症状のある部位に○をつけて下さい。

## ■ 全身と各部位



© 1994-1998 GMS0311

7. 他の病院で治療を受けましたか?  
ない ある (医療機関名: \_\_\_\_\_)
8. 今までに大きな病気・手術・ケガをしたことがありますか?  
ない ある (病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃))
9. 現在治療中の病気はありますか?  
ない ある (病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
(内服薬: \_\_\_\_\_)
8. 抗凝固剤(血をさらさらにする薬)の服用  
ない ある  
有と答えた方(病名:不整脈・脳梗塞・その他 \_\_\_\_\_)  
(薬の名前: \_\_\_\_\_)
9. お薬のアレルギーはありますか?  
ない ある (薬剤名: \_\_\_\_\_)
10. その他 身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)  
タバコ:吸わない 吸う( \_\_\_\_\_ 本/日で \_\_\_\_\_ 年間)  
晩酌:しない する (1日 \_\_\_\_\_ 合/杯 週 \_\_\_\_\_ 回)
11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか?  
ない ある (最終生理日は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間)

記入がすみしたら、受付にお渡しください。