

年 月 日

問診票（交通事故）

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい・いいえ

お名前	ふりがな	年齢		生年月日
		歳	男・女	(大・昭・平・令) 年 月 日
住所	〒 (-)		携帯:	
			自宅:	

①事故日はいつですか？

月 日 時頃

③症状があるところに、○を付けて下さい

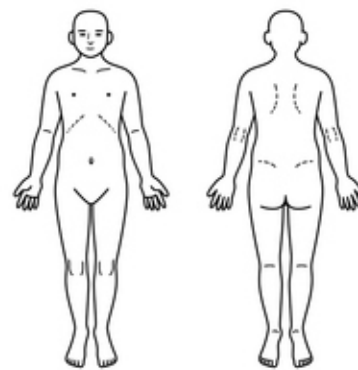
②事故の状況

自分（車、バイク、自転車、歩行） 自損事故（単独事故）

相手（車、バイク、自転車、歩行）

④どのような症状でお悩みですか？

むちうち（首の痛み） 背中・腰の痛み 手足の痛み
手足の痺れ 頭痛 吐き気 その他（ ）



⑤今回の事故で、他の医療機関または整骨院を受診しましたか？

いいえ はい→ 医療機関名（ ） 整骨院名（ ）

⑥ご希望の検査や治療などありますか？（複数回答可、決まっていない方は未記入でも大丈夫です）

レントゲン リハビリ 注射 飲み薬 湿布 その他（ ）

⑦診断書の希望はありますか？

いいえ はい→提出先（警察、保険会社、勤務先、その他 ）

⑧これまでにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

ない ある→高血圧、糖尿病、ペースメーカー、その他（ ）

⑨定期的に内服している薬はありますか？※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては直近一ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です

ない ある→（ ）

⑩今までに注射やお薬で体に異常（アレルギー）が起きたことはありますか？

ない ある→（ ）

⑪この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

なし ある ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについての記載は省略可能

⑫女性の方へお聞きします

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ない ある 授乳中ですか？ いいえ はい

⑬当院をお知りになったきっかけは何ですか？

家族や知人の紹介 通勤・通学の通り道 広告・看板をみた
ホームページ 他の医療機関から紹介 その他（ ）

⑭今回の事故で、心配や悩み事があれば、ご自由にお書きください。（身体の悩みや保険会社の対応など）

（ ）

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。

◆医療情報。システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 6点（従来の保険証） 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）