

問診票(労災用)

記入日： 年 月 日

| | | |
|-------------------|-------------|----------------------------|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 |
| お名前 様 | 男 ・ 女 | 大・昭・平・令 年 月 日生 (才) |
| 住所 〒 - | | |
| 電話番号 - - 携帯番号 - - | | |

1. 発生状況を教えてください

① 発生時刻 年 月 日 時頃

② 受傷時の状況

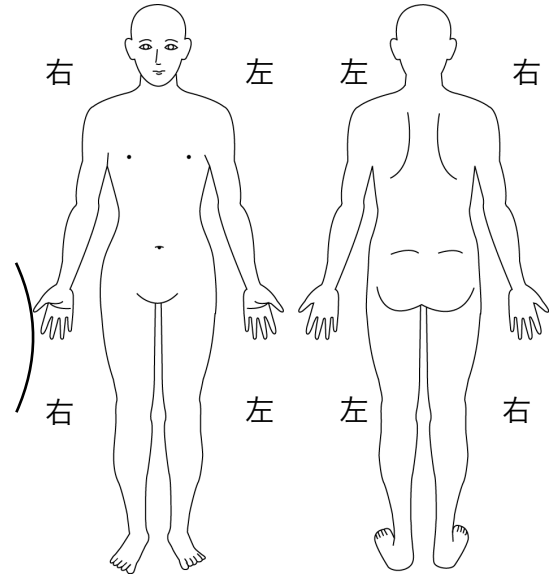
仕事中 ・ 通勤中

2. 職業を教えてください

公務員 ・ その他 ()

3. 受傷した状況を、**具体的**にご記入ください

症状のある**部位**に○をつけてください



4. 今回の症状は、**今回の出来事**が原因ですか？

はい ・ いいえ (以前より痛みなどあり)

5. どのような症状ですか？

痛い しびれ 動きに制限がある 変形している

腫れてる 頭痛 吐き気 ・ その他 ()

6. 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？

いいえ はい→高血圧、糖尿病、喘息、肝臓病、腎臓病、心臓病、その他 ()

7. 今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ はい→ ()

8. 定期的に内服している薬はありますか？

いいえ はい→ () お薬手帳があれば提出をお願いします。

9. 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？

いいえ はい→ ()

10. タバコ、アルコールはどれくらいとられますか？

タバコ： 吸わない ・ やめた ・ 吸っている (本/日：喫煙歴 年)

アルコール： 飲まない ・ 飲む (ビール 本/日・焼酎 合/日・その他 本/日)

11. 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？ いいえ はい

授乳中ですか？ いいえ はい

12. 診察をご希望される方は○印をつけてください

希望する医師： とくにない ・ ある (院長 ・ その他)

13. 今回の症状で、どこか他所で治療を受けられましたか？

医療機関 ・ 整骨院 ・ その他 ()

14. 当院は診療のほか、機能改善を目的としたリハビリテーションも提供しています。リハビリでの通院は可能ですか？

可能 難しい

15. 当院を何でお知りになりましたか？

知人 当院ホームページ その他 ()

ご協力ありがとうございました