

問 診 票

フリガナ
氏 名

電話（自宅）

電話（携帯）

現住所

生年月日

年

月

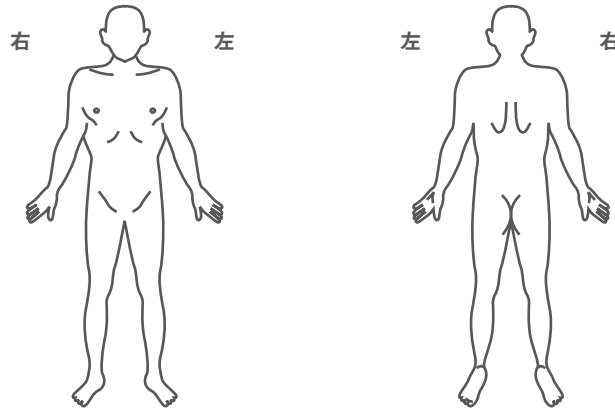
日

職業

[警視庁警察学校生は第 期 教場 H 年 月卒業予定]

1 どこが具合悪いですか？

図に（痛い所には×しびれる所には△はれている所には□）印をつけてください。



2 交通事故ですか？（はい・いいえ）

3 いつ頃からですか？（直後・今日・昨日・ 日前・ 週間前・ ヶ月前）

4 原因はありますか？（はい・いいえ） わかる範囲で詳しくお書き下さい。

5 交通事故の方へ

事故の事を覚えていますか？（はい・いいえ）

どんな事故ですか？（はねられた・追突された・追突した・単独）

6 薬剤アレルギー、ペースメーカー、体内に金属はありますか？（ある・なし）

あるとお答えの方 → _____

7 今まで大きい病気や手術をした事がありますか？（ある・なし）

あるとお答えの方 → _____

8 現在加療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

高血圧・心臓病・糖尿病・気管支喘息・腎臓病・肝臓病・脳疾患・その他

[女性の方へ]

9 現在妊娠している可能性（ある・なし・不明）

10 現在授乳中ですか（はい・いいえ）

あるとお答えの方 → 受付、看護師、医師へ必ずお申し出下さい。