

交通外傷の問診 (ver1.1)

氏名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

次の質問に当てはまるところ (□) に✓してください (いくつでも)

記入者： 本人 家族 (関係： _____) その他： (関係： _____)

1. 事故はいつですか？

本日 (_____ 時頃) その他 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

2. なにをしている時の事故でしたか？

歩行中 自転車運転中 バイク運転中
自動車運転中 (停止中) 自動車運転中 (走行中)

3. 自分の車はどのようなタイプですか？

普通自動車 (ワンボックス含む) 軽自動車
大型車 (トラック・バスなど)
それ以外

4. 相手の車はどのようなタイプですか？

普通自動車 (ワンボックス含む) 軽自動車
大型車 (トラック・バスなど)
それ以外

5. どのような症状ですか？ (あてはまるものすべてに✓をしてください)

頭痛 首の痛み 肩の痛み 腕の痛み 体の痛み 足の痛み
手足のしびれ 吐き気 その他

6. 痛む場所はどこですか？ (一番多い症状に一箇所✓をしてください)

頭の片側 頭の両側 頭の両側もしくは片側 後頭部 眼の奥
頭から肩にかけて 頭の表面に近いところ その他

7. 症状はいつから生じましたか？

事故を生じた直後から 現場検証中 現場検証後 翌日 2-7日以内 それ以降

8. 事故は警察には届け出ましたか？

はい いいえ

9. 他に医師に伝えたいことをお書きください