

# 労災問診票

フリガナ		性別	男 ・ 女		
お名前	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 年齢 ( ) 歳		
ご住所	〒 -	自宅番号	( )	-	
		携帯番号	( )	-	
		ご職業			

会社名 ( ) 会社連絡先 ( - )

労災担当者名 ( )

当てはまるものに○をつけてください ( 通勤中 ・ 勤務時間内 ・ 公務災害 )

※今回の労災で、当院以外の病院へ受診された方のみ (病院名: )

①受傷した日時を教えてください

日にち ( 年 月 日 ) 時間 ( 時 分頃)

②受傷した場所はどこですか

( )

③どんな作業中に受傷しましたか

( )

④何により受傷しましたか

( )

⑤どこを受傷しましたか

( )

⑥受傷の原因となった物等の大きさ・重量・高さ等が分かれば教えてください

( )

⑦薬や食べ物のアレルギーはありますか? ( あり ・ なし )

ありの方 (アレルギー: )

⑧喫煙: 吸わない・やめた・吸う (1日 本× 年)

⑨飲酒: 飲まない・やめた・時々飲む・飲む (週4日以上)

⑩過去に大きなケガや病気をした事がありますか ( あり ・ なし )

ありの方 ( )

⑪現在治療中の病気・他院処方のお薬はありますか ( あり ・ なし )

ありの方 ( )

⑫ジェネリック (後発品) を希望されますか ( はい ・ いいえ )

⑬女性の方のみ

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )

授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

↓病院記入欄

部	問診	診察	処置・注射・検査	X-P	リハビリ
チェック					