

問診票

フリガナ： _____

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 月 日 年齢： _____ 歳 性別：男性 女性

1.本日はどうされましたか？

- 診察希望 かかりつけにしたい お薬の処方 その他()
検査希望【レントゲン CT/MRI 採血 その他()】

2.現在症状はありますか？

- 痛み【頭 胸 腹 腰 手・腕 足 その他()】
息苦しい めまい しびれ 手足が動かしにくい 物忘れ 食欲がない
かぜ症状 吐き気/嘔吐 下痢 便秘 便に血が混じる しゃべりにくい
ふらつき けが【部位： _____】 その他()

3.症状の経過を教えてください

【 _____ 】

4.アレルギーの有無を教えてください

- 食べ物() 薬() 造影剤 アルコール
ラテックス 花粉 その他()

5.現在飲んでいる薬があれば教えてください

※お薬手帳をお持ちの方は未記入で結構です。診察の際にお見せください

【 _____ 】

6.現在通院中の病気を教えてください

- なし 高血圧 糖尿病 脂質異常 肥満 心不全 不整脈 心筋梗塞
脳卒中 がん(部位： _____)

7.最終の食事時間を教えてください

【 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時頃】

8.喫煙の有無を教えてください

なし あり 過去にあり

9.現在妊娠中ですか？※女性のみ

なし 妊娠中(_____ 週) 可能性あり

ご記入ありがとうございました。問診票は受付に提出をお願いします 時間 _____ :

スタッフ記入欄

- 意識:・JCS _____ ・GCS:E V M _____ ・AVPU(小児):A/V/P/U 【普段通り・低下】
●呼吸数: 回/分 ●脈拍: 回/分 ●血圧: / mmHg ●SpO2: % ●痛み /10 ●体温 °C
※AVPU: A 覚醒 V 言葉で反応 P 痛みで反応 U 反応なし
緊急度判定補助項目→該当でERでの診療を考慮(トリアージレベル3以上)
●第一印象:ABCDの異常→直ちに救急外来へ移動(トリアージレベル2以上)
●呼吸:SpO2:94%以下 喘鳴 息切れ 努力呼吸 ●循環:脈+血圧の異常
●意識:GCS13点以下 ●痛み:7以上 胸痛 腹膜刺激症状 髄膜刺激症状 循環・神経障害
●外傷:抗凝固薬 意識消失+頭部打撲 高リスク受傷 頸部痛
●発熱:呼吸数22回以上 収縮期血圧100mmHg以下 精神状態の変化 ※2項目以上該当
●その他:

トリアージ判定

トリアージ区分 1・2・3・4・5
時間 _____ : _____ 実施者 _____ /