

発熱・かぜ症状専用問診票

フリガナ:

氏名:

性別:男性 女性

生年月日: 年 月 日 年齢: 歳 体重: kg(15歳以下)

1.いつからの発熱ですか? 月 日 時頃から 最高体温 度

2.その他の症状はありますか?

【なし 呼吸が苦しい せき たん のどの痛み けん怠感 頭痛 寒気】

【ふるえ 関節痛 腹痛 嘔気/嘔吐 下痢 局所の腫れ その他()】

3.水分は飲めていますか? 【飲む 飲めない(または吐いてしまう)】

4.本日解熱薬を服用しましたか? 【していない した(午前・午後 時頃)】

5.3ヶ月以内にインフルエンザ・新型コロナにかかりましたか?

【インフルエンザA型 インフルエンザB型 新型コロナ かかっていない】

6.同居の方に同じ症状の方はいますか?

【いる(診断なし・不明 インフルエンザ 新型コロナ) いない】

7.現在通院中の病気を教えてください

【なし 喘息 がん(部位:) 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 腎不全 高血圧】

【糖尿病 脂質異常 肥満 その他()】

8.病気に関連しているものを教えてください

なし 化学療法 免疫抑制剤 血液透析(シャント左/右) インシュリン

膀胱カテーテル ペースメーカー その他()

9.喫煙の有無を教えてください なし あり 過去にあり

10.アレルギーの有無を教えてください

なし 食べ物() 薬() 造影剤

ラテックス 花粉 アルコール その他()

11.現在妊娠中ですか?※女性のみ 妊娠中(週) なし 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

お薬手帳がありましたら、診察の際にお見せください 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: 回/分 ○脈拍: 回/分 ○血圧: / mmHg ○SpO2: %

○痛み: /10 ○体温:

○その他所見:

緊急度判定補助項目→該当で救急科診察を考慮(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)

q-SOFA :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

所見等 :呼吸苦 喘鳴 頻呼吸 努力呼吸 SpO2:94%以下 息切れで会話が途切れる

:脱水+頻脈 7以上の痛み 免疫抑制剤 化学療法

院内下リアージ

下リアージ判定

抗原検査結果

算定あり トリアージ区分 1・2・3・4・5

COVID-19 【 + / - 】

算定なし

実施者: /

インフルエンザ 【 A / B / - 】