

お名前 _____

体温 (_____ °C)

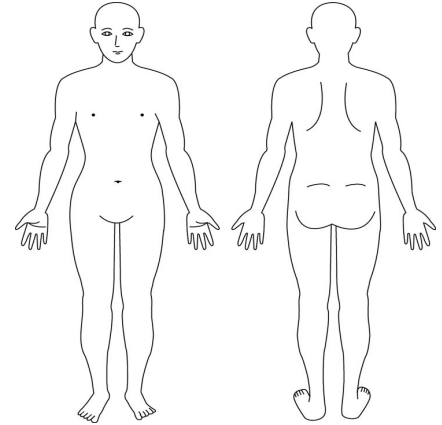
1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい

2. いつ頃からどのような症状がありますか？

[_____]

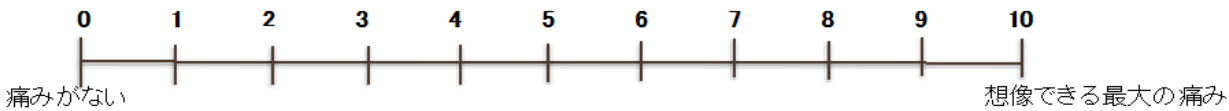
3. 症状が出たきっかけ、原因は何ですか？

[_____]



4. 症状のある部位を右の図にご記入ください。

5. 痛みのある方：現在の痛みの程度を10段階で表してください。



6. 現在、治療中の病気がありますか。

ない ある (病名: _____) (医療機関 _____)

7. 現在、飲まれているお薬はありますか？

ない ある → **お薬手帳をご提示ください**(お持ちでない方はご記入ください)

(お薬の名前: _____)

8. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか。

ない ある (病名: _____) (医療機関名 _____)

9. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか。

ない ある → アトピー性皮膚炎 食物のアレルギー アレルギー性鼻炎

その他 薬のアレルギー(薬剤: _____)

10. 嗜好品についてお答えください。

たばこ : 吸う (1日 _____ 本) たばこを吸っている年数 (_____ 年間)

吸ったことがある: (_____) 年前から禁煙した 吸ったことがない

アルコール: 飲む (1日 _____) 機会飲酒 飲まない(飲めない)

11. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか。

ない ある 【出産予定日: _____ 月 _____ 日】 授乳中である

【看護師記載欄】

バイタルサイン 測定時間 _____ :

Bp _____ / _____ mmHg

HR _____ 回/分

BT _____ °C

RR _____ 回/分 SPO2 _____ %

NRS _____ / 10 GCS E: _____ V: _____ M: _____ = _____ 点

意識	清明	I ~ II 桁 III 桁
呼吸	呼吸異常なし	RR 30回以上 SPO2 90%以下
循環	循環異常なし	顔面蒼白 冷汗 橈骨動脈触知不能
印象	意識 ABC 問題なし 具合悪そうな印象なし	明らかに具合が悪い 激しい頭痛 腰背部痛 激しい痛み
トリアージ	5 4	3 2 1
サイン		

【事務処理】

- 看護記録
- コスト
- 夜間休日救急医学管理料+トリアージ