

年 月 日

# 内科 救急外来問診票

お名前 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C

【呼吸器（かぜ）症状に関する質問事項】  なし  あり

●（症状のある方）症状について教えてください

発熱 37.5°C以上 ※昨日（ \_\_\_\_\_ °C ） ※2日前（ \_\_\_\_\_ °C ）

せき  たん  息苦しさ  のどの痛み  動けないほどの強いだるさ

味覚・嗅覚の異常  明らかな誘因なく 4-5 日持続する下痢などの消化器症状

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. 何月何日の何時頃 から どのような症状 がありますか。 具体的に ご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

・症状に対して、他の病院を受診した、市販薬を飲む、など何か対処されましたか。

( \_\_\_\_\_ )

3. 現在、治療中の病気がありますか。

ない  ある（病名： \_\_\_\_\_ ）（医療機関名 \_\_\_\_\_ ）

4. 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： \_\_\_\_\_ ）

5. 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 \_\_\_\_\_ ）

6. 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： \_\_\_\_\_ ）

7. 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）

8. 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