

年 月 日

小児科 救急外来問診票

お名前 _____

年齢 歳 カ月

体温 _____ °C

体重 _____ kg

※おたふくかぜ・みずぼうそう・はしかが疑われる場合は必ずお知らせください。

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。 具体的に教えてください。

()

3. 食事・水分は摂れていますか？

0 半分 いつもの量
食事量 |-----|-----|
水分摂取 とれている とれていない → 尿量 減っている 減っていない

4. 夜は眠れていますか？

眠れている 眠れていない → 状況： _____

5. ご家族（兄弟など同居家族）や通っている施設に同じ症状の方はいますか？

いない

いる → 家族： _____ 周囲： _____ 施設名： _____ 学校・保育園・幼稚園
疾患名： _____

6. 現在、通院されている医療機関や、飲まれているお薬はありますか？

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

お薬の名前： _____

医療機関名： _____

7. 今までにかかったことのある病気はありますか？

ない ある → 喘息 てんかん、けいれん 心臓病 病名： _____

食べ物のアレルギー その他 病名： _____

薬のアレルギー 薬剤名： _____

8. お薬の形態で希望はありますか？ 特になし 錠剤 粉薬 座薬

【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