

患者番号
名前
生年月日

Emergency Room (ER)
小児(3歳以上)用問診票

受付時刻: 月 日 時 分

(救急車の場合着院時刻)

来院方法: 救急車、車椅子、独歩、抱っこ、バギー

トリアージナース ()

スタッフ記入欄

トリアージ開始時刻 時 分 ・ 終了時刻 時 分 トリアージ区分: 疾病・外傷 / 赤・橙・黄・緑
コードER入室時刻 時 分 (コードER = トリアージ区分が赤もしくは橙)

体温	度	赤「蘇生」 緊急診察対象	橙「緊急」 15分以内診察対象	黄「準緊急」 60分以内診察対象	緑「非緊急」 120分以内診察対象				
主訴・症状	発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3ヶ月未満の発熱	<input type="checkbox"/>	発熱でぐったりしている	<input type="checkbox"/>	発熱していても元気	
	痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発熱でさらに5-20分の痙攣 または無熱性痙攣 またはチアノーゼあり	<input type="checkbox"/>	5分以内の痙攣			
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	動悸					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	呼吸困難						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	意識消失発作						
呼吸数 (安静時)	/分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35以上	<input type="checkbox"/>	30以上	<input type="checkbox"/>	15-29	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10未満	<input type="checkbox"/>	10-15			
SpO2	%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90未満	<input type="checkbox"/>	90-93	<input type="checkbox"/>	94以上	
脈拍数	/分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	120以上	<input type="checkbox"/>	105以上	<input type="checkbox"/>	70-104	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55未満	<input type="checkbox"/>	55-70			
その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上記のいずれにも該当しない いかなおかし					
身体所見 フリー記載									

再トリアージ時刻 時 分 (受付時刻から1時間毎) トリアージ区分: 疾病・外傷 / 赤・橙・黄・緑

- 1 氏名 男・女 年齢: 歳 ヶ月
身長: cm 体重: kg
- 2 来院された理由をお聞かせください。
1) どこがどのように具合が悪いですか? (けがの場合はどのように受傷されましたか?)
- 2) いつからですか 年 月 日 午前・午後 時頃から
- 3) 今回のことでどこかに受診されましたか? いいえ・はい (病院・科名)
- 4) 今回のことで内服された薬、あるいは継続内服中の薬はありますか? いいえ・はい
(薬の名前)
- 3 かかりつけの病院はありますか? いいえ・はい (病院および科名)
- 4 今までに病気(入院・通院・手術を要するもの、けいれんなど)にかかったことがありますか?
いいえ・はい (病名と時期)
- 5 アレルギーはありますか? いいえ・はい (具体的に:)
- 6 出生時なにか問題がありましたか? いいえ・はい (具体的に:)
- 7 普段はどこで過ごしていますか? 自宅 ・ 保育園など人が多いところ

**Emergency Room (ER)
成人用問診票**

患者番号

名前

生年月日

受付時刻: 月 日 時 分

(救急車の場合着院時刻)

来院方法: 救急車、車椅子、ストレッチャー、独歩

トリアージナース ()

スタッフ記入欄

トリアージ開始時刻 時 分 ・ 終了時刻 時 分 トリアージ区分 : 疾病 ・ 外傷 / 黄 ・ 赤

トリアージ項目		コードER	コードER入室時刻	時	分
主訴		<input type="checkbox"/> 胸痛、突然の頭痛・背部痛、呼吸困難のいずれか			
脳卒中症状		<input type="checkbox"/> 発症3時間以内の麻痺・知覚異常、呂律障害のいずれか			
意識レベル	GCS : E () V () M ()	<input type="checkbox"/> 自発的に閉眼していない(15秒以内に閉眼してしまう) <input type="checkbox"/> 時・人・場所のいずれかが認識できない <input type="checkbox"/> 指示に応じた離握手ができない			
血圧	/ mmHg	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧 200mmHg以上あるいは90mmHg以下			
脈拍数	/ 分	<input type="checkbox"/> 120/分以上あるいは50/分未満			
呼吸回数	/ 分	<input type="checkbox"/> 35/分以上あるいは10/分未満			
体温	°C	<input type="checkbox"/> 40°C以上あるいは35°C未満			
SpO2	%	<input type="checkbox"/> 94%以下			
その他	<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しないが何かおかしい(産科救急「陣痛・破水」は、疾病・赤として直接産科へ)				
身体所見 フリー記載					

再トリアージ時刻 時 分 (受付時刻から1時間毎) トリアージ区分 : 疾病 ・ 外傷 / 黄 ・ 赤

1. 氏名 性別 男 : 女 年齢 歳
身長 cm 体重 Kg 職業

2. 来院された理由をお聞かせ下さい

1) どこがどのように具合が悪いですか？(ケガの場合は、どのように受傷されましたか？)

2) いつからですか？ 年 月 日 時頃から

3. かかりつけの病院はありますか？ いいえ ・ はい (病院名・科名)

4. 現在服薬中の薬はありますか？ いいえ ・ はい (病院名・科名)

5. 今までに入院・通院・手術を要する病気にかかったことがありますか？
いいえ ・ はい (病名と時期)

6. くすり・食べ物にアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい (具体的に)
その他にアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい (具体的に)

7. タバコは吸いますか？ いいえ ・ はい (本/日 ・ 期間 歳 ~ 歳)
アルコールは飲みますか？ いいえ ・ はい (何を 杯/日 ・ 週 回摂取)

8. 最近旅行(海外を含む)にいられましたか？ いいえ ・ はい (旅行先・期間)

9. 女性の方にお聞きします

1) 最終月経はいつですか？ 月 日 ~ 月 日

2) 現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ ・ はい

