

**中央区平日準夜間小児初期救急診療(準夜診)受診希望の方へ** <外来問診票>

氏名:	フリガナ:	性別:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入ください)		Tel.
学校・幼稚園・保育園名:		
年齢:      歳      カ月	生年月日: S/H      年      月      日	体重:      kg

\* 準夜間の小児科の診療は、小児科医師 2 名で行っています。  
 \* 緊急性の高い患者さんを優先して診察する場合があります。そのため、長時間お待たせすることがあります。  
 上記について、ご理解くださるようお願いいたします。

➤ いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？

- 今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？  
 なし・あり 具体的に( )
  - アレルギーと診断されたことがありますか？該当する場合は○で囲むか、記入してください。  
 薬物・食物・喘息・アトピー性皮膚炎・その他  
 (薬物・食物・その他に関しては具体的に )
  - 今回の症状で他病院での処方がありますか？      なし・あり  
 \*現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。
  - 「かかりつけ医」をお持ちの方は、おわかりになる範囲でご記入ください。「かかりつけ医」との情報共有、継続的診療サポートのため、診療情報提供書を作成いたします。
- 病院名: \_\_\_\_\_ 医師名: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

★以下の項目は医療スタッフが記載します。

Pediatric Assessment Triangle      \*要観察時、該当項目に☑を入れ、( )に記入する

Appearance      ( T I C L S )

Work of Breathing      ( )

Circulation to Skin      ( )

HR	/m.	SpO2	RR	/m	BT	°C	BP	CRT	s.
----	-----	------	----	----	----	----	----	-----	----

I ・ II ・ III ・ IV ・ V      トリアージ時刻      医療スタッフサイン  
 \_\_\_\_\_ 時 分      \_\_\_\_\_