

ID インプリント

小児科問診票

(土日祝日・夜間ER)

受付時刻:

救急外来での診察を希望される方へ

- * 土日祝日・夜間の小児科診察については、診療は小児科医師 1 名で診療を行っています。
また、第 3 次救急指定病院のため、緊急性の高いお子さんを優先して診療する場合があります。そのため、長時間お待たせする場合があります。
- * 時間外の救急対応のため、応急の処置、投薬のみとなります。
上記について、ご理解、ご了承お願いいたします。

フリガナ

氏名 : _____ 性別 : 男 ・ 女 体重 : _____ kg

年齢 : _____ 歳 _____ カ月 生年月日 : _____ S/H _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校・幼稚園・保育園名 : _____

- ・ 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、ご記入ください。
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。

~~~~~以下の項目は医療スタッフが記入します~~~~~

|                                              |            |             |                              |           |            |                            |            |                    |
|----------------------------------------------|------------|-------------|------------------------------|-----------|------------|----------------------------|------------|--------------------|
| <b>Pediatric Assessment Triangle</b>         |            |             | <input type="checkbox"/> N.P |           |            | * 要観察時、該当項目に✓を入れ、( )に記入する。 |            |                    |
| <input type="checkbox"/> Appearance          | (          | T           | I                            | C         | L          | S                          | )          |                    |
| <input type="checkbox"/> Work of Breathing   | (          |             |                              |           |            |                            | )          |                    |
| <input type="checkbox"/> Circulation to Skin | (          |             |                              |           |            |                            | )          |                    |
| <b>HR</b>                                    | <b>/m.</b> | <b>SpO2</b> | <b>%.</b>                    | <b>PR</b> | <b>/m.</b> | <b>BT</b>                  | <b>°C.</b> | <b>BP . CRT s.</b> |

判断理由: PAT 緊急度分類表 V/S 異常 その他

1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5      トリアージ時刻      時      分      医療スタッフサイン \_\_\_\_\_

|            |                      |                            |
|------------|----------------------|----------------------------|
| 夜間事務職員チェック | トリアージ Ns.不在時の問診票チェック | <input type="checkbox"/> 済 |
|------------|----------------------|----------------------------|