

救急問診シート

注意 患者ご自身の責任で、ご記入ください。 ※1

下記の状況を除き、患者本人以外が記入することはできません。

1乳幼児や意識障害者で、患者本人が記入できない場合は患者の**保護者の責任**でご記入ください。

2視覚障害者や筆記用具が使えない場合は、患者承諾の基に第3者が**代筆**することは可能です。

本救急問診シートご利用者は、本シート提供者の責任を問うことはできません。 ※1

1 けがや病気の症状を記入(チェック)してください。



けが や びょうきの しょうじょうを きにゆうしてください。

2 体の状態を確認して、病院に行きます。

からだの じょうたいを かくにんして びょういんに いきます。

言葉の不自由な方

ことばの ふじゆうなかた

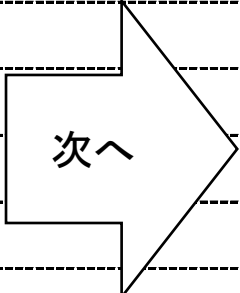
■ 話しは、 聴きとれる 聴きとれない

■ 手話が、 できる できない

■ 唇を読む、 読める 読めない

ゆっくり話してください

筆談でお願いします。



以下は問診後、お書きください。

■この問診シート記入者は？

解る範囲を記入ください。

<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 患者保護者/	
<input type="checkbox"/> 患者介護人	<input type="checkbox"/> 代筆	責任を問われない条件で、代筆します。
患者名		
住所		
生年月日		
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 電話/	<input type="checkbox"/> 携帯/
保険証	<input type="checkbox"/> 持ってる <input type="checkbox"/> 持っていない	
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 ()	

3 どうしましたか？

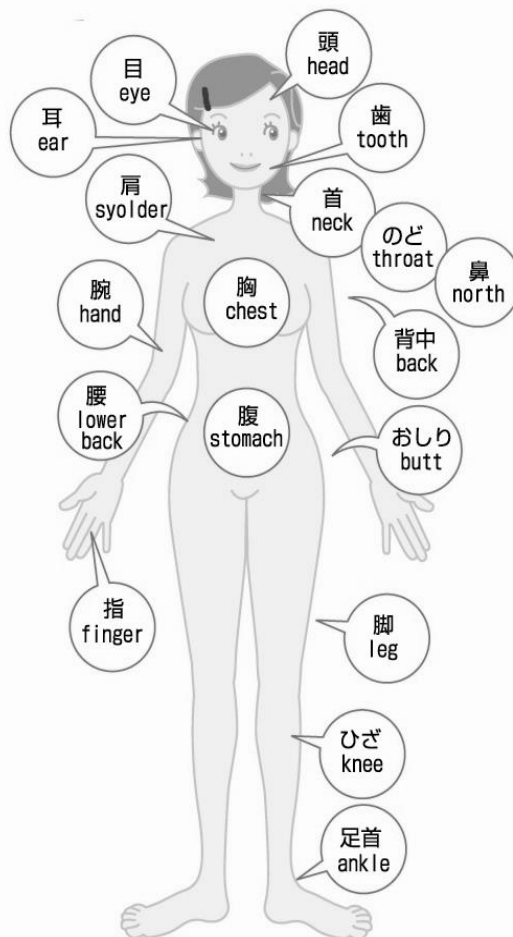
けが

病気

● けが

けがの場所はどこで、どんな状態ですか？

- ころんだ 切った その他
強く打った 物が刺さった
やけど 高い所から落ちた
自動車事故 自損 他損
自転車事故 自損 他損



● 病気

- 痛い ずっと にぶい
刺すように ときどき
しめ付ける 動かすと
血が出た たくさん **見** 中ぐら **本**
少し
吐いた 食べ物 血
その他
下痢 血が混じっている
血は混じっていない
色 赤 黒 茶

- 気分が悪い どきどきする
しびれる 息が苦しい
けいれん 熱がある
めまいがする その他

何か、飲みこんだ

■ 辛さのていどは？ ひどい 少し 我慢できる

■ いつから？ 今日 昨日 数日前

■ 今日の

 時ごろ

以前から

■ その他

■ 今までの病気 ない ある

血圧が高い 肝臓 脳 ぜんそく

糖尿病 心臓 がん

その他

■ 輸血の経験 ない ある

■ 手術の経験 ない ある

■ アレルギー ない ある

■ 薬 ピリン系 ペニシリン系

造影剤 酸素製剤

非ステロイド抗炎症剤 良くわからない

その他

■ 食べ物 卵 そば そば

えび かに 落花生

果物 乳製品 小麦

サバ(魚) 大豆 良くわからない

その他

見本

■ 飲んでいる薬 ない ある

飲んでるが、良くわからない、

降圧剤(高血圧の薬) 抗精神病薬

血糖降下剤(糖尿病の薬) ビタミン剤

抗血小板薬(血液をさらさらにする薬) 避妊薬

抗凝固薬(血液をさらさらにする薬) 下痢止め薬

高脂血症の薬 痛み止め(鎮痛剤)

高尿酸血症の薬 漢方薬

抗生物質 喘息の薬

抗不整脈薬 胃薬

抗てんかん薬 り尿剤

抗がん剤 眠り薬

免疫抑制剤(ステロイド等) ホルモン製剤

抗アレルギー薬

■ 性別 男性 女性 ■ 年齢

■ 女の人 妊娠してるかも? 生理中

■ 妊娠中 3ヶ月 4ヶ月 5ヶ月 6ヶ月

7ヶ月 8ヶ月 出産予定月

■ 血液型 解らない

A B AB O + -

※1 ■ 本救急問診シートは、利用者の責任でご使用ください。

本シートは、救急・災害時に言葉の不自由な方の初期医療支援のために作成されたシートです。各機関の助言をいただき作成していますが、医療治療上異なる表現解釈があります。また、各言語翻訳については、国または地域により表現解釈が異なることがあります。翻訳の異訳・誤訳等ある場合も、利用者の責任でご使用ください。

特に、既往症・アレルギー・飲んでいる薬等の記入はご注意ください。

■ 医療機関へのお願い

本シートを参考に治療される場合は、本シート記入者をご確認ください。
患者本人及び保護者から症状説明を問診できず、第三者が代筆している場合があります。

見本

■ 救急隊員記入欄 救急隊員が記入いたします。

■ これからすること

喉に管を入れます

血を止めます

酸素を吸います

点滴(注射)します

人口呼吸します

固定します

心臓マッサージします

傷の処置をします

5 行く病院が、決まりました。

6 もうひとり、救急車に乗ることができます。

7 説明できる人が、乗ってください。

■ バイタル情報他

血 圧		トリアージ	<input type="checkbox"/> 黒0	<input type="checkbox"/> 赤 I	<input type="checkbox"/> 黄 II	<input type="checkbox"/> 緑 III
心拍数		その他				
呼吸数						
体 温		担当・所轄名				
意 識						