

救急問診シート

患者ご自身の責任で、ご記入ください。 ※1

注意

患者が、乳幼児・意識障害・聴覚障害・他で、患者本人が記入できない場合、保護者・介護人・代理人が記入ください。

このシート記入内容について、本人外の代筆者及びシート提供者の責任を問うことはできません。

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。



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

■聞き取りは、

できるできない

■手話が、

できるできない

■唇を読む、

少しできるできないゆっくり話してください筆談でお願いします。

次のページへ

以下は問診シート記入後お書きください。

■この問診シート記入者は？ 解る範囲を記入ください。

患者本人両親/家族友人介護者その他

患者保護者名

患者氏名

国籍

日本その他 ()

ご住所

生年月日

年齢

才

連絡先電話番号

自宅 勤務先 その他 ()電話 携帯

加入保険証

持ってる持っていない国民健康保険その他社会保険

保険証がない場合、自費負担になります。

1 どうしましたか？

けが

病気

けがの箇所はどこで、どんな状態ですか？

ころんだ

事故 自動車事故

切った

自転車事故

やけど

その他

強く打った

物が刺さった

高い所から落ちた

骨折

その他

病気の状況は？

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

中ぐらい

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

その他

しびれる

けいれん

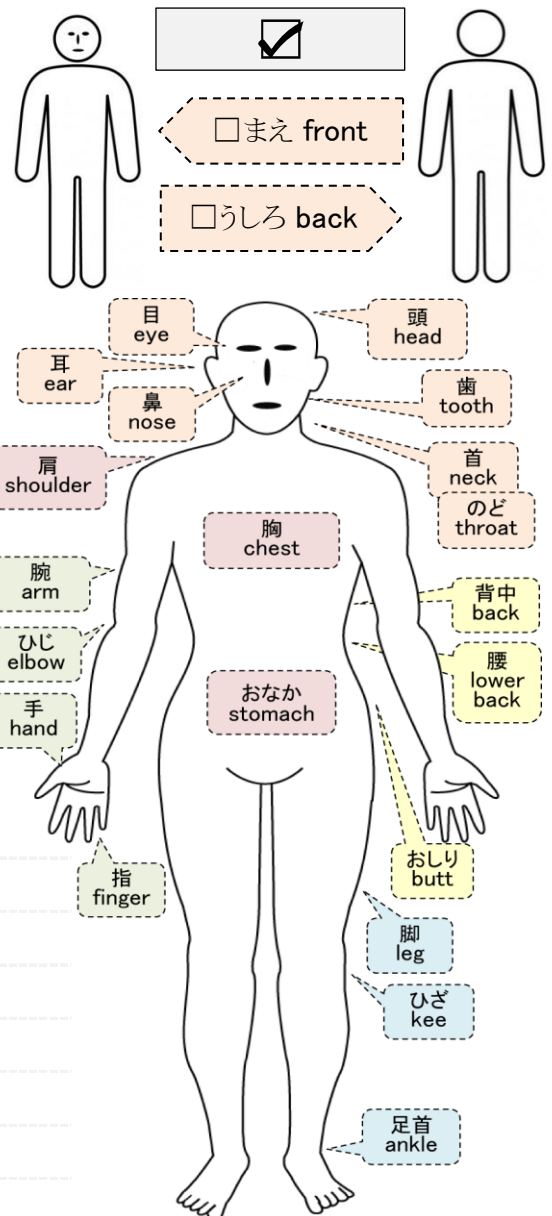
めまいがする

ときどきする

息が苦しい

熱がある

何か、飲みこんだ



■ つらさのていどは？

ひどい

少し

我慢できる

■ いつから？

今日

時ごろ

その他/以前から

昨日

数日前

■ 今までの病気		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> 血圧が高い	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ぜんそく	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> 心臓
<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> その他		
■ 輸血の経験		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> わからない
■ 手術の経験		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> わからない
■ アレルギー		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> わからない
■ 薬		<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 造影剤	<input type="checkbox"/> 非ステロイド抗炎症剤
	<input type="checkbox"/> ペニシリン系	<input type="checkbox"/> 酸素製剤	<input type="checkbox"/> ピリン系	
	<input type="checkbox"/> その他			
■ 食べ物		<input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> 落花生
	<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> かに	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> お米
	<input type="checkbox"/> えび	<input type="checkbox"/> サバ(魚)	<input type="checkbox"/> 乳製品	<input type="checkbox"/> 果物
	<input type="checkbox"/> その他			
■ その他				
■ 飲んでいる薬		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> わからない
<input type="checkbox"/> 飲んでるが、良くわからない、		<input type="checkbox"/> 抗がん剤	<input type="checkbox"/> 漢方薬	
<input type="checkbox"/> 降圧剤(高血圧の薬)		<input type="checkbox"/> 抗精神病薬	<input type="checkbox"/> ビタミン剤	
<input type="checkbox"/> 血糖降下剤(糖尿病の薬)		<input type="checkbox"/> 抗アレルギー薬	<input type="checkbox"/> 胃薬	
<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤(ステロイド等)		<input type="checkbox"/> 避妊薬	<input type="checkbox"/> 利尿剤	
<input type="checkbox"/> 高脂血症の薬		<input type="checkbox"/> 下痢止め薬	<input type="checkbox"/> 眠り薬	
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症の薬		<input type="checkbox"/> 痛み止め(鎮痛剤)	<input type="checkbox"/> ホルモン製剤	
<input type="checkbox"/> 抗生物質		<input type="checkbox"/> 喘息の薬		
<input type="checkbox"/> 抗不整脈薬		<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 抗てんかん薬				
<input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (血液をさらさらにする薬)				
<input type="checkbox"/> 抗血小板薬 (血液をさらさらにする薬)				
■ 性別		■ 年齢	■ 体重	■ 身長
<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性			
		才	kg	cm
■ 血液型				
<input type="checkbox"/> 解らない	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> O
			<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> -
■ かかりつけ医師/病院		<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる	
病院名/電話				
■ 女の人		<input type="checkbox"/> 妊娠してるかも?		<input type="checkbox"/> 生理中
■ 妊娠中		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9		
	<input type="checkbox"/> 出産予定月			

■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

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| 2 | <input type="checkbox"/> 喉に管を入れます | <input type="checkbox"/> 血を止めます |
| | <input type="checkbox"/> 酸素を吸います | <input type="checkbox"/> 点滴(注射)します |
| | <input type="checkbox"/> 人口呼吸します | <input type="checkbox"/> 固定します |
| | <input type="checkbox"/> 心臓マッサージします | <input type="checkbox"/> 傷の処置をします |
| | <input type="checkbox"/> その他 | |

3 受入病院をさがしています。

4 行く病院が、決まりました。

5 もうひとり、救急車に乗ることができます。

6 説明できる人が、乗ってください。

■救急隊員所見

■バイタル情報他

呼吸 ある ない その他()

意識 ある ない その他()

血圧 トリアージ 黒0 赤I 黄II 緑III

脈拍 その他

体温

担当・所轄名

※1 ■本救急問診シートは、利用者の責任でご使用ください。

免責事項

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、特にご注意ください。

■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。