

# 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。

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。

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。

■このシートで、けがや病気の症状をお伝えください。

■けがや病気の症状を記入(チェック)してください。

■症状により、病院または救急車を手配します。

## ■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

筆談をお願いします。

■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 電話番号

加入保険証 持つてる 持ってない

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。

フリースペース

# どうされました？

## □けが

症状と場所

- ころんだ                      その他  
切った  
やけど  
骨折  
強く打った  
物が刺さった  
高い所から落ちた

## □事故

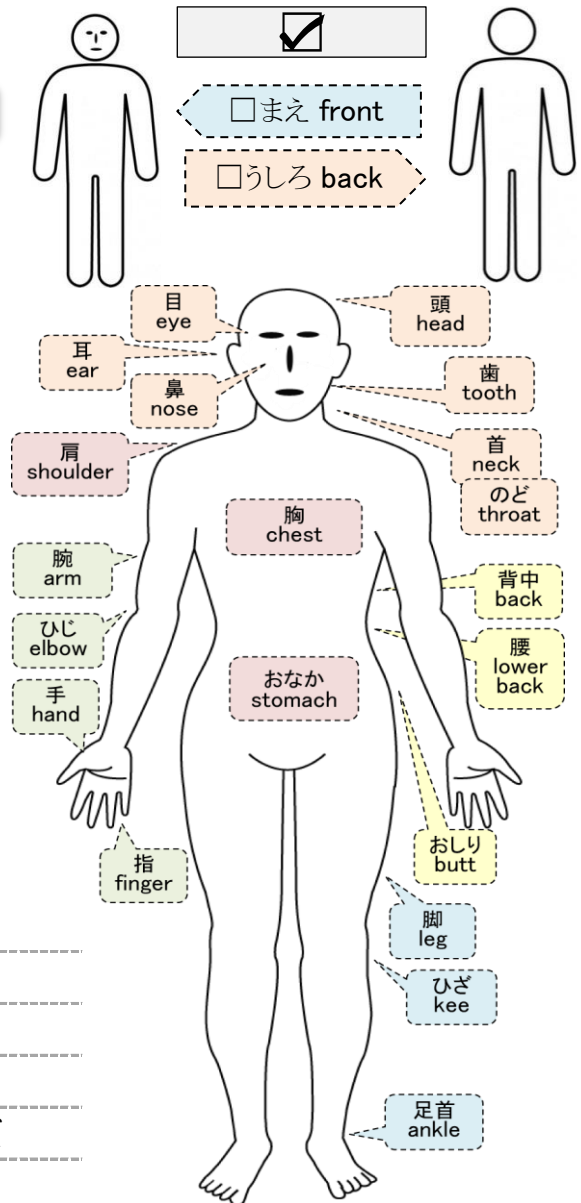
- 自動車事故  
自転車事故  
その他

## □病気

場所と症状

- 痛い                      ずっと  
                                  刺すように  
                                  しめ付ける  
                                  にぶい  
                                  ときどき  
                                  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                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              何か、飲みこんだ  
その他



## ■つらさの程度は

- 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

■ 解る範囲で記入ください

■ 今までの病気 既往症 ない ある わからない

- 血圧が高い  肝臓病  脳疾患  
 糖尿病  心臓病  がん  
 ぜんそく  その他

■ 輸血の経験 ゆけつのけいけん ない ある わからない

■ 手術の経験 しゅじゅつのけいけん ない ある わからない

■ アレルギー ない ある わからない

- 薬  わからない  造影剤  非ステロイド抗炎症剤  
 ペニシリン系  酸素製剤  ピリン系  
 その他

- 食べ物  わからない  そば  落花生  小麦  
 卵  かに  大豆  お米  
 えび  サバ(魚)  乳製品  果物  
 その他

その他

■ 飲んでるくすり 服用薬 ない ある わからない

- 飲んでるが、良くわからない、  漢方薬  
 降圧剤 (高血圧の薬)  抗精神病薬  ビタミン剤  
 血糖降下剤 (糖尿病の薬)  抗アレルギー薬  胃薬  
 免疫抑制剤 (ステロイド等)  避妊薬  り尿剤  
 高脂血症の薬  下痢止め薬  眠り薬  
 高尿酸血症の薬  痛み止め (鎮痛剤)  ホルモン製剤  
 抗生物質  喘息の薬  抗がん剤  
 抗不整脈薬  その他  
 抗てんかん薬  
 抗凝固薬 (血液をさらさらにする薬)  
 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	
■ 妊娠月		<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"/> 出産予定月							

## ■ホテルスタッフ

- 病院に連絡します。少しお待ちください。
- 病院に行きます。
- 救急車を手配します。

## ■医師/救急隊員

下記の治療を行います。

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <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        |                                    |

## ■救急隊員

- 受入病院をさがしています。
- 行く病院が、決まりました。
- もうひとり、救急車に乗ることができます。
- 説明できる人が乗ってください。

## ■医師/救急隊員所見

--

## ■バイタル情報他

呼吸	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他( )				
意識	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他( )				
血圧	<table border="1"> <tr> <td>トリアージ</td> <td><input type="checkbox"/>黒0 <input type="checkbox"/>赤 I <input type="checkbox"/>黄 II <input type="checkbox"/>緑 III</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> </table>	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	その他	
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				
その他					
脈拍					
体温					

●病院名/救急本部名/連絡先

## ■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。