

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
 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、他の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
- 筆談でお願いします。

■この問診シート記入者は？ 解る範囲を記入ください。

<input type="checkbox"/> 患者本人	<input type="checkbox"/> 両親/家族	<input type="checkbox"/> 友人	<input type="checkbox"/> 介護者	<input type="checkbox"/> その他
患者保護者名				
患者氏名				
国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ご住所				
生年月日		年齢		
連絡先電話番号 <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				
加入保険証 <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"/> その他				
<input type="checkbox"/> 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

どうしました？

□けが 症状と場所

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

- 事故
 - 自動車事故
 - 自転車事故
 - その他

□病気 場所と症状

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> ずっと |
| | <input type="checkbox"/> 刺すように |
| | <input type="checkbox"/> しめ付ける |
| | <input type="checkbox"/> にぶい |
| | <input type="checkbox"/> ときどき |
| | <input type="checkbox"/> 動かすと |
| <input type="checkbox"/> 血が出た | <input type="checkbox"/> たくさん |
| | <input type="checkbox"/> 中ぐらい |
| | <input type="checkbox"/> 少し |
| <input type="checkbox"/> 吐いた | <input type="checkbox"/> 食べ物 |
| | <input type="checkbox"/> 血 |
| | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 血が混じっている |
| | <input type="checkbox"/> 血は混じっていない |
| ■色 | <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 茶 |

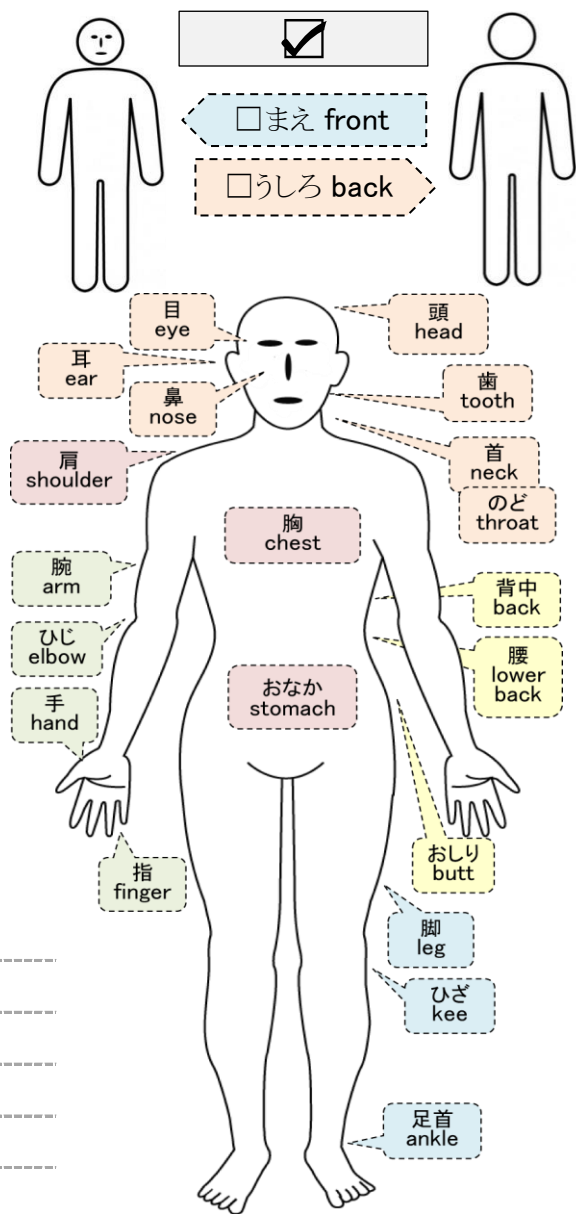
- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 気分が悪い | <input type="checkbox"/> どきどきする |
| <input type="checkbox"/> しびれる | <input type="checkbox"/> 息が苦しい |
| <input type="checkbox"/> けいれん | <input type="checkbox"/> 熱がある |
| <input type="checkbox"/> めまいがする | <input type="checkbox"/> 何か、飲みこんだ |
| <input type="checkbox"/> 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、 抗がん剤 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							

■ 医師/スタッフ

Doctor/staff

- これから治療します。
- 専門医院でえはありませんが、応急治療をします。
- 当院では治療できません。専門医院を紹介します。

● 病院名

● 電話番号

● 住所

- 救急車を手配します。

■ 医師/スタッフ

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	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
脈拍	その他
体温	

■ 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。