

■ 医師/スタッフ

의사 / 직원

- 지금부터 할 것 これから治療します。
 - 전문 병원은 아니지만, 응급 처치를 합니다. 専門医院ではありませんが、応急処置を行います。
 - 본 병원에서 치료할 수 없으므로 다른 병원을 소개해 드립니다. 当院で治療できないので、他の医院を紹介します。
- | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ● 병원의 이름 病院名 | ● 전화 電話番号 |
| ● 주소 住所 | |
- 구급차를 수배합니다. 救急車を手配します。

■ 医師/スタッフ

의사 / 직원

- 지금부터 치료합니다 下記の治療を行います。
- | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 기관내 삽관 | <input type="checkbox"/> 지혈 | <input type="checkbox"/> 지혈 |
| <input type="checkbox"/> 산소 흡입 | <input type="checkbox"/> 점적 (링겔주사) | <input type="checkbox"/> 점적 |
| <input type="checkbox"/> 인공호흡 | <input type="checkbox"/> 고정 (골절등) | <input type="checkbox"/> 고정 |
| <input type="checkbox"/> 심장 마사지 | <input type="checkbox"/> 상처 처치 | <input type="checkbox"/> 상처 처치 |
| <input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small> | | |

■ 救急隊員

응급 요원

- 수용 병원이 결정되어 지금부터 이송합니다. 行く病院が決まりました。
- 구급차에는 환자분 외에 한 명 더 함께 탑승하실 수 있습니다. もうひとり救急車に乗ることができます。
- 설명할 수 있는 분이 탑승해주세요. 説明できる人が乗ってください。

■ 医師/救急隊員所見

의사 / 응급 요원 소견

■ バイタル情報他 バイタル 정보 외		
呼吸 호흡	<input type="checkbox"/> ある 있음	<input type="checkbox"/> ない 없음 <input type="checkbox"/> その他 기타
意識 의식	<input type="checkbox"/> ある 있음	<input type="checkbox"/> ない 없음 <input type="checkbox"/> その他 기타
血圧 혈압		トリアージ 품질이 최하 인 커피 원두 <input type="checkbox"/> 黒0 <input type="checkbox"/> 赤 I <input type="checkbox"/> 黄 II <input type="checkbox"/> 緑 III
脈拍 맥박		その他 기타
体温 체온		

日時	年 月 日 時 分
所轄	
担当者名	

본 서류는 환자 본인의 책임으로 작성해주세요. 患者自身の責任で、記入してください。
 본인이 기입하지 않은 경우, 동행인(제삼자)이 기입해도 책임을 추궁당하지 않습니다. 患者本人が記入できない場合、代理人が記入しても責任を問いません。

■ 필요한 곳을 체크해주세요. 必要な項目にチェックしてください。

■ 책임의 한계 免責事項
 본 서류는 구급 시 청각 장애인 또는 언어가 자유롭지 못한 분을 지원하기 위해 작성된 서류입니다. 의료 치료상 다른 표현 및 해석이 있을 수 있습니다. 본 서류의 표현, 표기 내용, 잘못된 번역으로 인한 책임을 일절 지지 않습니다.
 本救急問診シートは、救急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。このことに関し、本シートの表現・表記内容・翻訳の異訳・誤訳につき責任を一切負いません。

■ 이 서류의 작성자는? このシートの記入者は？

■ 아는 범위 내에서 작성해주세요 解る範囲でお書きください。

<input type="checkbox"/> 그 자신 <small>本人</small>	<input type="checkbox"/> 부모 / 가족 <small>両親/家族</small>	<input type="checkbox"/> 친구 <small>友人</small>	<input type="checkbox"/> 대리인 <small>代理人/付添者</small>	<input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small>
보호자 이름 <small>保護者名</small>				

■ 환자의 정보 患者情報

이름 <small>お名前</small>				
국적 <small>国籍</small>				
주소 <small>ご住所</small>				
생년월일 / 나이 <small>生年月日/年齢</small>				
연락 전화 번호 <small>連絡先名/電話場号</small>	<input type="checkbox"/> 홈 <small>自宅</small>	<input type="checkbox"/> 근무처 <small>勤務先</small>	<input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small>	
근무처 <small>勤務先</small>				
평소 찾는 의사/병원 <small>かかりつけ医/病院</small>	<input type="checkbox"/> 없음 <small>ない</small>	<input type="checkbox"/> 있음 <small>ある</small>		
병원 이름 / 전화 번호 <small>病院名/電話番号</small>				
의료 보험 <small>医療保険</small>	<input type="checkbox"/> 있다 <small>ある</small>	<input type="checkbox"/> 없어 <small>ない</small>		
	<input type="checkbox"/> 국민 건강 보험 <small>国民健康保険</small>			
	<input type="checkbox"/> 사회 보험 <small>社会保険</small>			
	<input type="checkbox"/> 일본의 외국인 여행자 의료 보험 <small>訪日医療保険</small>			
	<input type="checkbox"/> 기타 <small>その他</small>			
보험증이 없는 경우, 본인 부담금으로 적용됩니다. <small>保険証がない場合、治療費用が自己負担になります。</small>				

