

氏名:	年齢	歳(男・女)	自宅・入所施設( )
職業:	身長:	cm	体重: kg
体温	°C	脈拍	回/分
血压( / mmHg)	SpO <sub>2</sub>	%	

1. 現在いちばんつらい症状・診察を希望する症状は何ですか？

発熱・咳・嘔気・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・めまい

だるさ・息苦しさ・胸苦しさ・脱力感

いつ頃から( 月 日頃)どのような症状がありましたか？

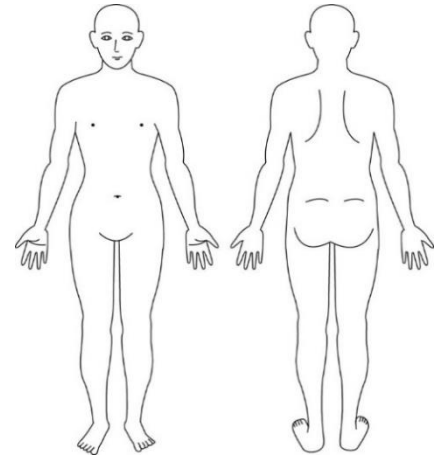
( )

現在も症状はありますか？

( )

その症状で他の病院に行きましたか？(はい・いいえ)

( )



2. 今日から2週間以内に発熱・かぜ症状等がありましたか？(あり・なし)

ある場合はいつごろからですか( 年 月 日 AM・PM 時頃から 体温 度)

(発熱・咳・息苦しさ・のどの痛み・鼻水・味覚・匂いを感じない)○をつけて下さい。

3. 現在水分・お食事はとれていますか？(はい・いいえ)

4. 今までにかかった病気があれば、○をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・消化器疾患・喘息・脳卒中(麻痺 右・左)・気分障害など

その他の病気 ( )

5. 今まで受けたことがある手術に○をつけて下さい。

頭やお腹の手術等・ペースメーカー挿入・乳房の手術(右・左)・シャント造設(右・左)

胃ろう造設 その他の手術 ( )

6. 介護保険について選んで下さい【なし・あり(要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)・申請中】

7. 薬や食べ物などのアレルギー (あり・なし)

内容( ) アルコール消毒は可能ですか？(はい・いいえ)

8. 服用しているお薬はありますか？(はい・いいえ)

\*はいと答えた方はお薬手帳をご用意下さい。

9. タバコは吸いますか？

①吸わない ②吸っていたがやめた(1日 本 年前まで)

③吸っている(1日 本 才から)

10. お酒は飲みますか？

①飲まない ②たまにしか飲まない(月に 回程度)

③よく飲む(1日に酒 合/ ビール ml /ウイスキー 杯)

11. お付き添いの方はいますか？(はい・いいえ) ご関係 ( )

12. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？(はい・いいえ)

現在生理中ですか？(はい・いいえ)

現在授乳中ですか？(はい・いいえ)

トリアージ

青 緑 黄色 赤 → ( ) 医師報告 看護師 ( )

内科優先受診 他科受診( )科 救急外来対応

帰宅前ルート抜去確認  看護師 ( )