

マ・自・生×・公×・保×

待機:通常 A ホ 車

内科 小児科

診療申込書

年 月 日

救急車

来院時間 時 分 受付 番

No.

※フリガナを必ず記入してください

釧路市休日夜間急病センター

フリガナ	生 年 月 日		年令
氏 名	男 女	大・昭 平・令	年 月 日 才
住 所	郵便番号		携帯電話
勤務先 学校名	学校 幼稚園 保育園		自宅電話

体 重	[キロ / グラム] ※必ず記入してください
今日の付添は どなたですか？	・本人のみ ・夫 ・妻 ・父 ・母 ・義父 ・義母 ・息子 ・娘 ・婿 ・嫁 ・祖父 ・祖母 ・孫 ・恋人 ・友人 ・知人 ・同僚 ・他 []
お薬手帳は ありますか？	はい（受付に提出済） はい（電子お薬手帳） いいえ（忘れた） いいえ（持っていない） いいえ（薬名がわかる）・・・ご記入ください⇒
薬形状のご希望	希望なし ・ 希望あり ⇒ 【 坐薬× 粉薬× 玉薬× 】 その他希望 【 】
海外渡航歴	ここ1ヶ月位の間に、海外に旅行や滞在したことなど渡航歴はありますか？ なし ・ あり ⇒ 海外地名 [] いつ []
自宅での体温	この2～3日以内に37℃以上の発熱がありましたか？ [なし 不明 あり▽] 最後の発熱・・・いつ [今日 昨日 一昨日 時頃] 何度？ []℃

===== 【以下医療スタッフ記載】 =====

自宅体温 [時間 /]℃	今測定 腋窩再検必要
自宅検査 [なし あり 忘れ] 結果 [ful (+ -) cov (+ -)]	
抗原検査等できない同意 [OK]	5診 / 1診・2診
玄関 or 受付送り	熱 頭痛 鼻 喉 咳 喘息 喘鳴 クループ 努力呼吸 頻呼吸 発疹 発赤 嘔吐 下痢 吐血 下血 血圧 心臓 胸 腹 背中 腰 尿 発汗 冷感 蒼白 麻疹・風疹疑 水痘・带状疱疹疑 痙攣 震え

呼吸・SpO ₂ 異常	なし / あり	循環異常 皮膚状態	なし / あり
CRT	1 2 3 [] 秒		
小児PAT	Good / Bad [外観 呼吸 皮膚循環]		
15才～歩行・運動	可能・良好 / やや不良 / 不可 車椅子 ストレッチャー [元から / 今回悪化]		
JCS	0 1 2 3 10 20 30 100 200 300 認知等で不明瞭 [元から / 今回悪化]		
初回トリアージ	白/非緊急 緑/低緊急 黄/準緊急 赤/緊急 青/蘇生		
判定理由	第一印象 VS 疼痛スケール 症状 既往歴	時間 [:] Ns []	
再トリアージ	15分後 白 緑 黄 赤 青	時間 [:] Ns []	
再トリアージ	30分後 白 緑 黄 赤 青	時間 [:] Ns []	
再トリアージ	60分後 白 緑 黄 赤 青	時間 [:] Ns []	

