

救急部小児問診票

来院日時: 月 日 時 分

下記の枠内をご記入下さい ID:

ふりがな	体重	Kg
患者氏名	※必ず記入して下さい	
性別 男・女		
生年月日	年 月 日	年齢 歳 ヶ月
薬の副作用 無・有 ()	アレルギー 無・有 ()	
かかりつけ医 無・有 ()	紹介状 無・有	
既往歴 (今までにかかった大きな病気、治療中の病気) 無・有 ()		
来院理由		
□発熱	月 日 時から	最高 度
□喘鳴(ぜーぜー)	月 日から	
□咳	月 日から	□ケンケンした咳?
□鼻水	月 日から	
□嘔吐	月 日から	1日 回ぐらい
□水分を飲むたび嘔吐		
□水分を飲まなくても嘔吐		
□下痢	月 日から	1日 回ぐらい
□腹痛	月 日から	□頭痛 月 日から
□発疹(ぶつぶつ)	月 日から	
□耳の下の腫れ	月 日から	
□ひきつけ(けいれん)	→ □今回初めて □以前もあり	
□その他()		
最後に排尿したのは何時頃ですか 午前・午後 時 ころ		
※オムツの場合は、最後に排尿を確認した時間を記入して下さい		
その症状で医療機関(病院・診療所など)を受診しましたか (はい ・ いいえ)		
なんと診断されましたか ()		
現在内服中の薬はありますか 無 ・ 有 ()		
※お薬手帳をお持ちの方は診察時に確認させていただきます		
以下の質問にお答えください		
①同居家族に発熱している方はいますか	はい	いいえ
②同居家族にコロナ陽性者がいますか	はい	いいえ
③ご自身のコロナ罹患歴	あり(発症日: 年 月 日)	なし
④同居家族のコロナ罹患歴	あり(発症日: 年 月 日)	なし
本日はマイナ保険証を利用されましたか (はい ・ いいえ)		
はいの方→「診療情報取得」に同意されましたか (はい ・ いいえ)		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。初診時には医療情報取得加算(1点)がかかります。

医療者記入

救急部 小児トリアージ票

トリアージ時刻 時 分 看護師

ステップ① 全身状態

- 良 → ステップ②へ
- 不良(ぐったりしている・傾眠・坐位保持不可)→緊急
- 危急的(痛み刺激無反応・呼吸パターン異常・けいれん中・チアノーゼ)→蘇生

ステップ② ※複数の項目にわたり該当するものがあるときは、最も緊急度の高い分類を選択

	蘇生	緊急	準緊急	非緊急
	直ちに	15分	60分	120分
目標待ち時間				
意識		□傾眠(JCS1桁以上) →迅速血糖 □とまっている痙攣 24時間以内複数回 15分以上続いた痙攣 □意識障害の疑い	□清明 □止まっている痙攣 (初発、既往を問わず)	□清明
呼吸	□SpO 90%未満 □会話不能 □アナフィラキシー □呼吸停止 □窒息	□SpO2 94%未満 □会話困難 □著明な陥没呼吸 □クループ □吸気性喘鳴 □聴診なしで喘鳴	□SpO2 94%以上 □会話可能 □軽度の陥没呼吸 □クループ疑いも安定 □聴診で軽度の喘鳴	
循環	□心停止	□抹消循環不全 (CRT2秒以上) □頻脈 ・乳児: 220回/分以上 ・幼児: 180回/分以上 □不整脈		□CRT1秒以内
発熱		□全身状態不良 □循環不全あり □免疫不全状態 □要考慮の基礎疾患あり □3ヶ月未満の発熱 (来院時38.0℃以上)	□水分摂取不良 →脱水の評価 □咳が著しい →呼吸の評価 □3歳未満で来院時 40℃以上	
嘔吐・下痢(脱水)		□かなりぐったり →迅速血糖 □循環不全あり □血便・下血・胆汁様嘔吐 □血性嘔吐 □急性腹症(歩けない)	□ぐったりはないが脱水 □12時間排尿なし □乳児の水様下痢多量 6回/日以上 □水分摂取ごとに嘔吐 □虫垂炎・腸重積を疑う □吐物に少量の血液混入 □少量の血便	□嘔吐・下痢はあるが 回数少なく活気あり
その他			□他院からの紹介	

- 入室時間 (:)
- 病名
- 上気道炎
 - 気管支炎
 - 肺炎
 - 喘息
 - 腸炎
 - 嘔吐症
 - 不明熱
 - 溶連菌感染症
 - インフルエンザ
 - 熱性痙攣
 - その他

ステップ③ バイタルサイン

体温 °C 脈 回/分 呼吸 回/分 SpO2 % 啼泣あり・なし

緊急度 □蘇生 □緊急 □準緊急 □非緊急 □感染隔離