

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					
性別	男・女	※必ず記入して下さい			
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					
コロナ関連					
①同居の家族に発熱している方はいますか? いいえ ・はい (誰ですか?)					
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 無・有(年 月 日)					

医療者記入欄

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/1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	

ステップ③ バイタルサイン

体温	℃	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			

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