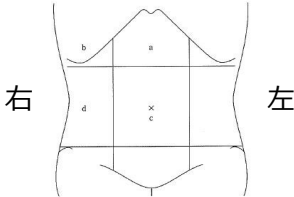


お名前 _____ 男 _____ 来院日 20 年 月 日
 女 _____ 歳 _____ ヶ月
 来院時体温 _____ °C 来院時体重 _____ kg
 (園名・校名) _____ (もともとの体重 _____ kg)
 (_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校 どこにも通っていない
 保護者氏名 _____ (続柄 _____) 連絡先 _____
 保護者住所 (本人と異なる場合は必ず記載) _____

■本日はどのようなことで来院されましたか？あてはまる□に☑をお願いします。
 (時間は24時間表記でお願いします。例:夜の8時→20時、真夜中12時→0時)

- 熱 (月 日 時に _____ °C) ←2日前からの発熱の方は熱計表の記入をお願いします。
- 鼻水 (月 日 時頃から)
- 咳 (月 日 時頃から) (たんは? ある・ない)
- のどの痛み (月 日 時頃から)
- 呼吸が苦しそう (月 日 時頃から) (ゼーゼーする・鼻がつまる・いびきをかく)
- ★ 腹痛 (月 日 時頃から) → 
- 嘔吐 (月 日 時から _____ 回)
- 下痢 (月 日 時から _____ 回)
- 頭痛 (月 日 時頃から)
- 味覚・嗅覚障害 (月 日 時頃から)
- 発疹 (月 日 時頃から)
 (どこに? 頭・顔・首・胸・腕・手・背中・腹・陰部・おしり・ふともも・ふくらはぎ・足)
- 耳下の腫れ・痛み (月 日 時頃から)

■新型コロナウイルス感染流行に関して、あてはまる□に☑をお願いします。

通っている施設や家族内に 新型コロナウイルス陽性者が

いない ★ いる

当てはまるところに○をつけてください。

★に該当する場合は新型コロナウイルス抗原検査を行い、結果確認後に診察となります

- *現在使用しているお薬が (ある・ない)
- *お薬の形状のご希望は (錠剤・粉薬・シロップ)
- *今回の症状で他院に受診 (した・していない) → 月 日
- " 東葛病院を受診 (した・していない) → 月 日
- *まわりに同じ症状の人が (いる・いない・わからない)
 → 友達・きょうだい・家族・その他 ()
- *アレルギーはありますか (ある・ない) → ぜんそく・アトピー・食物・薬
- *けいれんしたことはありますか (ある・ない) → 歳 ヶ月の時

ご相談したいことがあれば記載してください。

問診票 2

「呼吸」 トリアージにチェックが入ったらこちらの用紙を記載し、医師へ回す

「呼吸」チェック表								
HR		呼吸回数 (RR)			SpO ₂			
該当箇所にチェックを入れ、点数を合計してください								
点数	HR		RR		呼吸補助筋の使用	吸気：呼気	喘鳴	SpO ₂ (RA)
	<3歳	≥3歳	<6歳	≥6歳				
0	<120	<100	≤30	≤20	なし	2 : 1	なし	96≤
1	120-140	100-120	31-45	21-35	少し	1 : 1	呼気終末	93-95
2	141-160	121-140	46-60	36-50	わかる	1 : 2	吸・呼気 Air入りOK	90-92
3	160<	140<	60<	50<	明らか	1 : 3	Air入り不良	<90



こちらは判別が難しければチェックせずに医師へ回す

合計 点 (18点満点)		
10点以上	入院リスク大	SpO ₂ モニターをつける SpO ₂ < 94%なら酸素投与をする 全例医師へ連絡
9点以下	入院リスク小	SpO ₂ < 94%なら酸素投与をして医師へ連絡 それ以外は早めの順番にして連絡は不要

医師記載：検査、処置の順番を指定する場合は以下に番号で記載
(指定がなければ左から順番に行います)

処置室で行う検査	画像・生理検査	処置
血液検査 ケトン測定 血糖測定 迅速検査 尿パック装着	レントゲン 超音波 心電図 CT MRI	吸入 鼻吸引 グリセリン浣腸 座薬挿肛