

救急部問診票

※ この欄は医療者が記入します

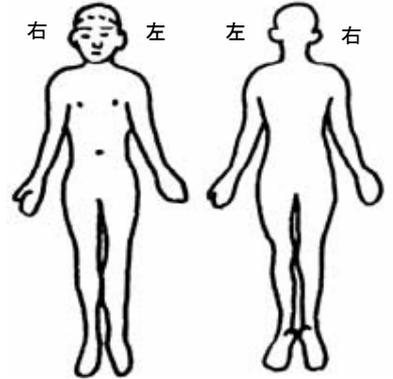
<input type="checkbox"/> 内科 ・ <input type="checkbox"/> 外科 ・ <input type="checkbox"/> その他()	対応
<input type="checkbox"/> 感染(隔離) ()	
<input type="checkbox"/> モニタリング ・ <input type="checkbox"/> 医師連絡	
血圧(/)mmHg 脈(/分) 体温(°C) ※SpO2(%)	

年 月 日

診察の参考とするため、太枠の質問にお答え下さい

(ふりがな)	(生年月日)	性別: 男 ・ 女
お名前	大・昭・平 年 月 日生	年齢()歳

1.本日受診された理由について
(いつ頃から、どの部分が、どのように具合が悪いか具体的にお書きください)



2.女性の方のみお答えください

1)妊娠 : している していない 可能性あり(最終月経 : 年 月 日から)