



年 月 日

メディカルID											
氏名				生年月日		性別 M T S H		年 月 日		歳 男 女	
バイタルサイン		意識障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		呼吸数 /min		脈拍 /min		整 不整		血圧 / mmHg	
		体温 °C		身長 cm		体重 kg					
既往歴		<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( )						妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
予防接種歴		<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌									
主訴											
<input type="checkbox"/> 痛み ( <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸部痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他( ) ) <input type="checkbox"/> 熱発 _____ 日 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 下痢 _____ 日 ( <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 血便 ) <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 眼の症状 <input type="checkbox"/> 耳の症状 <input type="checkbox"/> 外傷 ⇒黄色タグ以上は外傷カルテへ <input type="checkbox"/> その他											
診断		<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 創処置(軽微) <input type="checkbox"/> 創処置(深い) <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他 *その場の処置としての <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 内服  <input type="checkbox"/> 創 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 不潔				処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
#1						#1					
医師サイン		看護師サイン				薬剤師サイン					