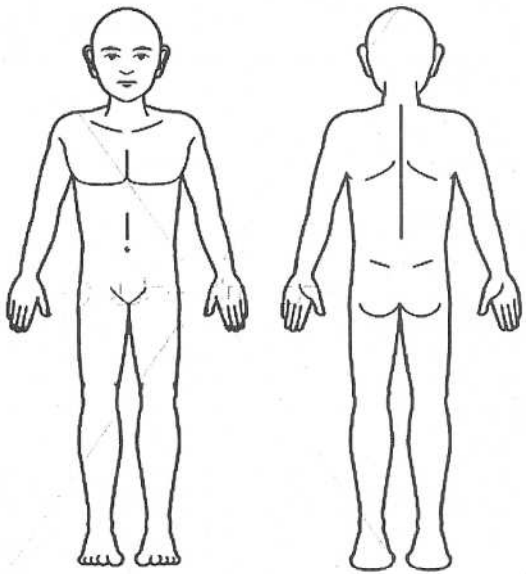


年 月 日

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					処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
#1		<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					#1					
医師サイン				看護師サイン				薬剤師サイン				