

患者氏名 (カタカナ) *氏名不詳な個人特定に役立つ状況情報を記載

初診医師氏名

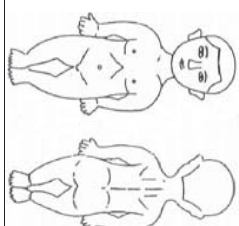
医師氏名 *本ページを最初に利用した医師氏名

患者氏名 (カタカナ) *氏名不詳な個人特定に役立つ状況情報を記載

3頁/4頁

医師氏名 *本ページを最初に利用した医師氏名

診療場所・所属・医師等サイン

初診日		西暦	年	月	日	再診	種別
年齢		<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-4歳 <input type="checkbox"/> 5-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳-		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm
性別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		体重	kg	呼吸数	/min
中等症(トリージン黄)以上		<input type="checkbox"/> 再診患者		体温	°C	脈拍	/min
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		脈拍	/min	整	不整
Demographics		<input type="checkbox"/> 再診患者		身長・体重	身長: cm	体重: kg	
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		既往症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		予防接種	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 今期インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		主訴	<input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他()		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		現病歴	<input type="checkbox"/> 外傷⇒黄色タテ以上は外傷既記録(USPEEDは記入) <input type="checkbox"/> 精神保健医療⇒精神保健医療既記録(USPEEDは記入)		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者					
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		診断	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		処置	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		処方	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		転帰	<input type="checkbox"/> 紹介 → 紹介先 <input type="checkbox"/> 死亡 → 場所 <input type="checkbox"/> 死亡 → 時刻 <input type="checkbox"/> 死亡 → 確認者		
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		対応者署名	薬剤師	業務調整員	その他
再診患者		<input type="checkbox"/> 再診患者		医師	看護師		

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

患者氏名 (カタカナ) *氏名不詳な個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

医師氏名 *本ページを最初に利用した医師氏名

日時	所見	処置・処方	診療場所・所属・医師等サイン

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

患者氏名 (カタカナ) *氏名不詳な個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

医師氏名 *本ページを最初に利用した医師氏名

日時	所見	処置・処方	診療場所・所属・医師等サイン

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。

USPEEDは自己申告によるものであり、医師による確認が必要です。