

#8000 相談対応記録シート

良い例	悪い例	相談対応者
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

相談内容メモ	相談開始時刻	相談終了時刻
	時 分	時 分
	/ /	/ /

◆相談対象児情報

相談対象児の年齢			
<input type="checkbox"/> 0か月	<input type="checkbox"/> 1か月	<input type="checkbox"/> 2か月	<input type="checkbox"/> 3か月
<input type="checkbox"/> 4か月	<input type="checkbox"/> 5か月	<input type="checkbox"/> 6か月	<input type="checkbox"/> 7か月
<input type="checkbox"/> 8か月	<input type="checkbox"/> 9か月	<input type="checkbox"/> 10か月	<input type="checkbox"/> 11か月
<input type="checkbox"/> 1歳	<input type="checkbox"/> 2歳	<input type="checkbox"/> 3歳	<input type="checkbox"/> 4歳
<input type="checkbox"/> 5歳	<input type="checkbox"/> 6歳	<input type="checkbox"/> 7歳	<input type="checkbox"/> 8歳
<input type="checkbox"/> 9歳	<input type="checkbox"/> 10歳	<input type="checkbox"/> 11歳	<input type="checkbox"/> 12歳
<input type="checkbox"/> 13歳	<input type="checkbox"/> 14歳	<input type="checkbox"/> 15歳	<input type="checkbox"/> 16歳以上

相談対象児の性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	相談対象児の兄弟の有無	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 不明
----------	---	-------------	--

相談対象児の在住市区町村名を記入してください

◆相談者情報

相談者（電話をかけてきた方）はどなたですか？				
<input type="checkbox"/> 母親	<input type="checkbox"/> 父親	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> その他（ ）
相談者（電話をかけてきた方）の年代は？				
<input type="checkbox"/> 10代	<input type="checkbox"/> 20代	<input type="checkbox"/> 30代	<input type="checkbox"/> 40代	<input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代以上

◆相談内容

主訴（複数選択可）			
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 喘鳴（息苦しそう）
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> けいれん・ふるえ	<input type="checkbox"/> 発疹（じんましん）	<input type="checkbox"/> 啼泣・なきやまない
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり	<input type="checkbox"/> 耳漏
<input type="checkbox"/> 頭部打撲	<input type="checkbox"/> 頭部以外の外傷	<input type="checkbox"/> 異物誤飲	<input type="checkbox"/> 熱傷
<input type="checkbox"/> 耳・鼻・のどに関する	<input type="checkbox"/> 目に関する	<input type="checkbox"/> 歯・口腔内に関する	<input type="checkbox"/> 便の異常（血便・便秘）
<input type="checkbox"/> 尿の異常	<input type="checkbox"/> 予防接種	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> その他
※その他を選択した方はこちらに記入してください ()			

COVID19 関連					
<input type="checkbox"/> COVID19 関連の相談					
発症時期					
<input type="checkbox"/> 1時間前以降～直前	<input type="checkbox"/> 6時間前以降	<input type="checkbox"/> 12時間前以降	<input type="checkbox"/> 1日前以降	<input type="checkbox"/> それより前から	<input type="checkbox"/> その他
※その他を選択した方はこちらに記入してください ()					
相談前の受診の有無					
<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし		

◆緊急度判定

看護師による緊急度判定			
<input type="checkbox"/> 119番をすすめた	<input type="checkbox"/> すぐに病院に行くようにすすめた	<input type="checkbox"/> 翌日に受診することをすすめた	
<input type="checkbox"/> 何かあれば受診することをすすめた	<input type="checkbox"/> 受診をする必要がない	<input type="checkbox"/> その他	
※その他を選択した方はこちらに記入してください ()			
医師の助言			
<input type="checkbox"/> 医師の助言なし	<input type="checkbox"/> 医師から助言を受けた	<input type="checkbox"/> 医師の助言・対応は不要だった	
相談対応者が受診すべきと考えた診療科（緊急度によらず、該当すると考えた診療科）			
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 耳鼻科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 小児外科・一般外来
<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> その他の診療科（ ）			

◆相談結果

相談の分類（相談の目的）				(※) 受診の必要性の相談は救急医療相談（緊急助言）にチェック
<input type="checkbox"/> 救急医療相談（緊急助言）	<input type="checkbox"/> 医療機関案内	<input type="checkbox"/> 救急医療相談+医療機関案内	<input type="checkbox"/> 医療その他（※）	
<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> ホームケア	<input type="checkbox"/> 育児相談	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

◆調査事項

相談者の満足度（相談対応看護師からみた印象）		
<input type="checkbox"/> 満足した	<input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> 不満気
看護師の対応感想		
<input type="checkbox"/> 困ったことがあった		<input type="checkbox"/> 困ったことはなかった
※困ったことがあった場合、具体的に記入してください ()		

相談メモ