

災害用カルテ

年 月 日

トリアージタグ&番号赤黄緑	NO	トリアージタグ記載者・場所・機関
---------------	----	------------------

メディカルID																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		男	保険者番号
氏名		女	記号・番号

生年月日	M T S H	年	月	日	()歳	携帯電話番号
------	---------	---	---	---	------	--------

住 所	自宅		健在	半壊	全壊
	<input type="checkbox"/> 避難所1		<input type="checkbox"/> 知人宅	<input type="checkbox"/> テント	<input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他

住 所	<input type="checkbox"/> 避難所2		<input type="checkbox"/> 知人宅	<input type="checkbox"/> テント	<input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他
-----	-------------------------------	--	------------------------------	------------------------------	--

職 業	連絡先(勤務先・学校等)	連絡先なし 孤立
-----	--------------	----------

禁忌事項等

アレルギー

禁忌食物

特記事項(常用薬等)

抗血小板薬()

抗凝固薬 ワーファリン ()

糖尿病治療薬 インシュリン 経口薬

ステロイド()

抗てんかん薬()

その他()

透析

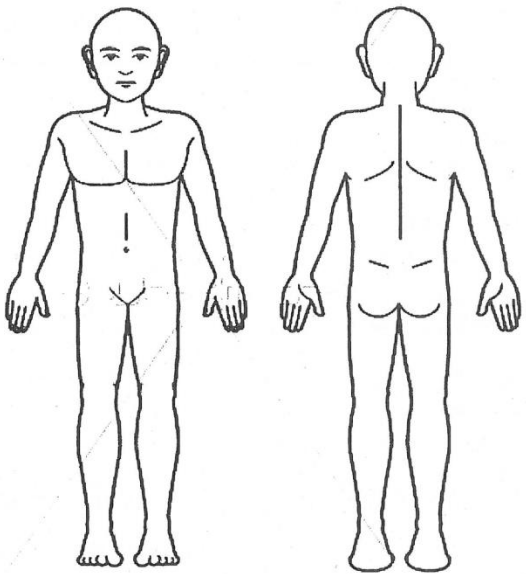
HOT

災害時要援護者(高齢者 障害者 乳幼児 妊婦 傷病者 日本語が不自由な外国人)

フォローアップ 必要(身体的/精神的/衛生的/その他)

傷病名	開始	診察場所	所属・医師サイン
	年 月 日		

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 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			