

災害診療記録2018

*** は必須記録項目**

* 初診日	西曆	年	月	日
* 初診医師氏名				
* 患者氏名(カタカナ)	最初の 7 文字をメディカル ID に転記			
(漢字等)	氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(救出された場所や状況等)を記載 性別: 男・女			
* 生年月日・年齢	西曆・明治・大正・昭和・平成	年	月	日 () 歳
保険証情報	保険者番号:	記号:	番号:	
[携帯]電話番号				
* 住所	自宅: 〒		状態: <input type="checkbox"/> 健存 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 全壊	
	<input type="checkbox"/> 避難先1: <input type="checkbox"/> 避難所名() <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 避難先2: <input type="checkbox"/> 避難所名() <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他			
連絡先	<input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 知人・ <input type="checkbox"/> その他・ <input type="checkbox"/> 連絡先なし			
職業				

【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 インスリン 経口薬 ()
- ステロイド()
- 抗てんかん薬()
- その他()
- 透析
- 在宅酸素療法(HOT)
- 災害時要配慮者: 高齢者 障害者 乳幼児 妊婦 日本語が不自由 その他()

【要保護者】 支援者のいない要配慮者等 該当状況: 身体的 / 精神的 / 社会的 / その他()

* 傷病名	* 開始	診察場所	* 所属・医師サイン
	年 月 日		

メディカル ID = 西暦生年月日 8 桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7 桁
例) 1950年09月08日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ ⇒ 19500908Mトヨトミヒデヨ

トリアージタグ	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黒 番号:
---------	---

メディカル ID	<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
----------	---

患者氏名
(カタカナ)

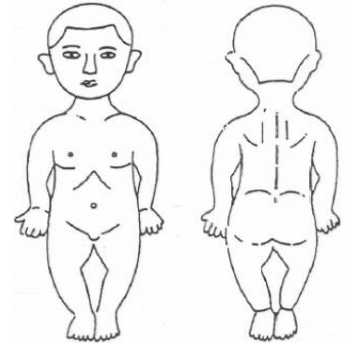
*氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

初診医師氏名

一般診療版 J-SPEED2018 当てはまるもの全てに☑

初診日	西暦	年	月	日	再診 日付 / /	再診 診 /		
Demographics	年齢	歳				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	☐0歳, ☐1-14歳, ☐15-64歳, ☐65歳-							
	1	<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>	女性(妊娠なし)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>	女性(妊娠あり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>	中等症(トリアージ黄色)以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input checked="" type="checkbox"/>	再診患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
外傷・環境障害	6	<input type="checkbox"/>	頭頸・脊椎の重症外傷 (PAT 赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	7	<input type="checkbox"/>	体幹の重症外傷 (PAT 赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	8	<input type="checkbox"/>	四肢の重症外傷 (PAT 赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	9	<input type="checkbox"/>	中等症外傷 (PAT 赤以外・入院必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	10	<input type="checkbox"/>	軽症外傷 (外来処置のみで加療可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	11	<input type="checkbox"/>	創傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	12	<input type="checkbox"/>	骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	13	<input type="checkbox"/>	熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	14	<input type="checkbox"/>	溺水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	15	<input type="checkbox"/>	クラッシュ症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	症候・感染症	16	<input type="checkbox"/>	発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		17	<input type="checkbox"/>	急性呼吸器感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		18	<input type="checkbox"/>	消化器感染症、食中毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		19	<input type="checkbox"/>	麻疹疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		20	<input type="checkbox"/>	破傷風疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21		<input type="checkbox"/>	急性血性下痢症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22		<input type="checkbox"/>	緊急の感染症対応ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
高度医療	23	<input type="checkbox"/>	人工透析ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	24	<input type="checkbox"/>	外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	25	<input type="checkbox"/>	感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	精神	26	<input type="checkbox"/>	災害ストレス関連諸症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		27	<input type="checkbox"/>	緊急のメンタル・ケアニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その他	28	<input type="checkbox"/>	深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈血栓症疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	29	<input type="checkbox"/>	高血圧状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	30	<input type="checkbox"/>	気管支喘息発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	31	<input type="checkbox"/>	緊急の産科支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	32	<input type="checkbox"/>	皮膚疾患(外傷・熱傷以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	33	<input type="checkbox"/>	掲載以外の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
公衆衛生	34	<input type="checkbox"/>	緊急の栄養支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	35	<input type="checkbox"/>	緊急の介護/看護ケアニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	36	<input type="checkbox"/>	緊急の飲料水・食料支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	37	<input type="checkbox"/>	治療中断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
実施処置	38	<input type="checkbox"/>	高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	39	<input type="checkbox"/>	低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	40	<input type="checkbox"/>	四肢切断(指切断を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	41	<input type="checkbox"/>	出産・帝王切開・その他産科処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	転帰	42	<input type="checkbox"/>	医療フォロー不要(再診不要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		43	<input type="checkbox"/>	医療フォロー必要(再診指示)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		44	<input type="checkbox"/>	紹介(紹介状作成等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		45	<input type="checkbox"/>	搬送(搬送調整実施等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46	<input type="checkbox"/>	入院(自施設)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
47	<input type="checkbox"/>	患者自身による診療継続拒否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
48	<input type="checkbox"/>	受診時死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
49	<input type="checkbox"/>	加療中の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
50	<input type="checkbox"/>	長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
関連性	51	<input type="checkbox"/>	直接的関連あり(災害による外傷等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	52	<input type="checkbox"/>	間接的(環境変化による健康障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	53	<input type="checkbox"/>	関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	保護	54	<input type="checkbox"/>	保護を要する小児(孤児等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		55	<input type="checkbox"/>	保護を要する成人高齢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		56	<input type="checkbox"/>	性暴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		57	<input type="checkbox"/>	暴力(性暴力以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
追加症候群	58	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	59	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	60	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

バイタルサイン	意識障害: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	呼吸数: / min
	血圧: / mmHg	体温: °C
	脈拍: / min 整・不整	
身長・体重	身長: cm	体重: / kg
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	
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 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他()	
主訴		
現病歴 (日本語で記載)	<input type="checkbox"/> 外傷⇒黄色タグ以上は外傷版記録へ(J-SPEED は記入) <input type="checkbox"/> 精神保健医療⇒精神保健医療版記録へ(J-SPEED は記入)	



診断	
処置	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
処方	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有

転帰	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 搬送 → 搬送手段 搬送機関 搬送先 <input type="checkbox"/> 紹介 → 紹介先 <input type="checkbox"/> 死亡 → 場所 時刻 確認者									
対応者署名 (判読できる文字で記載)	<table border="1"> <tr> <td>所属(チーム名等)</td> <td>医師</td> <td>看護師</td> </tr> <tr> <td>薬剤師</td> <td>業務調整員</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>データ入力</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	所属(チーム名等)	医師	看護師	薬剤師	業務調整員	その他	データ入力		
所属(チーム名等)	医師	看護師								
薬剤師	業務調整員	その他								
データ入力										

＜メモ＞

*追加症候群は保健医療調整本部等からの指示に応じて集計
 メディカル ID = 西暦生年月日 8桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7桁

メディカル ID										M / F						
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--

患者氏名
(カタカナ)

* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

* 本ページを最初に利用した医師氏名

日時	所見	J-SPEED 該 当コード(4 度目 受診以降)	処置・処方	・診療場所 ・所属 ・医師等サイン

メディカル ID = 西暦生年月日 8 桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID									M / F							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--

患者氏名
(カタカナ)

* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

* 本ページを最初に利用した医師氏名

年号	西暦
明治40年	1907
45年	1912
大正元年	1912
5年	1916
10年	1921
15年	1926
昭和元年	1926
5年	1930
10年	1935
15年	1940
20年	1945
25年	1950
30年	1955
35年	1960
40年	1965
45年	1970
50年	1975
55年	1980
60年	1985
64年	1989
平成元年	1989
5年	1993
10年	1998
15年	2003
20年	2008
25年	2013
31年	2019
新年号元年	2019

日時	所見	J-SPEED 該当コード(4 度目受診以降)	処置・処方	診療場所 ・所属 ・医師等サイン

メディカル ID = 西暦生年月日 8 桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID										M F							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--