



は、および必要記入項目です。

年 月 日

\* 該当性別に○を付す

メディカルID										M	F
バイタルサイン等	意識障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		呼吸数: /min	脈拍: /min	* 該当項目に○を付す 整 不整		血压: / 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( )								
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 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他( )						妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

主訴

外傷⇒黄色タグ以上は外傷カルテへ(J-SPEEDは記入)

痛み ( 頭痛 胸部痛 腹痛 その他: \_\_\_\_\_ )

熱発 \_\_\_\_\_ 日

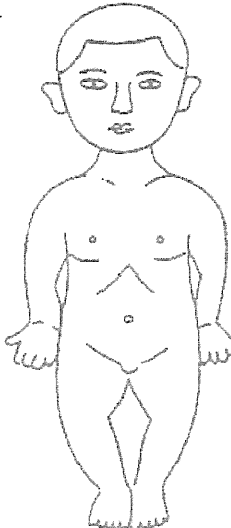
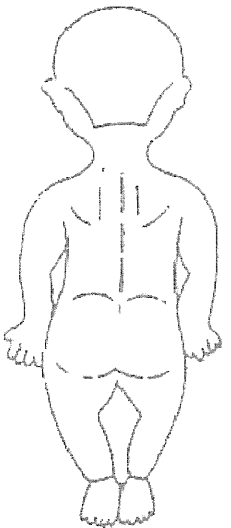
咽頭痛  咳  呼吸苦

食思不振  下痢 \_\_\_\_\_ 日 ( 水様便、血便 )

不眠  めまい

皮膚症状  眼の症状  耳の症状

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 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 *その場の処置としての <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> その他	#1

初診時J-SPEED

<input type="checkbox"/> 1 男性	<input type="checkbox"/> 7 熱傷(皮膚/気道)	<input type="checkbox"/> 13 呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> 19 気管支喘息発作	<input type="checkbox"/> 25 治療中断
<input type="checkbox"/> 2 女性	<input type="checkbox"/> 8 溺水	<input type="checkbox"/> 14 消化器感染症	<input type="checkbox"/> 20 災害ストレス諸症状	<input type="checkbox"/> 26 災害関連性なし
<input type="checkbox"/> 3 歩行不能(被災後~)	<input type="checkbox"/> 9 クラッシュ症候群	<input type="checkbox"/> 15 麻疹疑い	<input type="checkbox"/> 21 緊急心理ケア	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 4 搬送必要	<input type="checkbox"/> 10 人工透析必要	<input type="checkbox"/> 16 破傷風疑い	<input type="checkbox"/> 22 緊急介護/看護	<input type="checkbox"/> 28
<input type="checkbox"/> 5 創傷(臓器)損傷	<input type="checkbox"/> 11 深部静脈血栓症疑	<input type="checkbox"/> 17 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 23 緊急水・食料	<input type="checkbox"/> 29
<input type="checkbox"/> 6 骨折	<input type="checkbox"/> 12 発熱	<input type="checkbox"/> 18 血圧>160/100	<input type="checkbox"/> 24 緊急栄養	<input type="checkbox"/> 30

【記載者】 ( 医師 看護師 薬剤師 その他 )

所屬 氏名

は、 および必要記入項目です。

\* 該当性別に○を付す

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

日時	所見	前頁のJ-SPEED#3 #26の該当コードを記載	処置・処方	診療場所 所属 医師等サイン

は、 および必要記入項目です。

\* 該当性別に○を付

メディカルID									M						
									F						

日時	所見	2頁のJ- SPEED#3 #26の該当 コトを記載	処置・処方	診療場所 所属 医師等サイン

【転帰】 年 月 日

1帰宅

2転送(手段:

搬送機関:

搬送先:

年 月 日

3紹介先

4死亡(場所:

時刻:

確認者:

)

【災害と傷病との関連】

1有 ( 新規 / 悪化 / 慢性疾患増悪)

2無

3わからない

最終診療記録管理者



## 災害診療記録(緊急処置と外傷評価)(裏)

項目は、 および必要記入項目です。

メディカルID																			
<p><b>A 気道の異常</b></p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> エアウェイ</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管 (挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 輪状甲状靭帯切開 (気切チューブ 内径 mm カフ ml)</p> <p><b>B・Cの異常</b></p> <p><input type="checkbox"/> 酸素投与( L/分)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸腔ドレナージ(□右 □左 □両側 サイズ Fr 吸引圧 cmH2O)</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 人工呼吸(F<sub>I</sub>O<sub>2</sub> TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O)</p> <p><b>Cの異常</b></p> <p><input type="checkbox"/> 圧迫止血 <input type="checkbox"/> 細胞外液輸液 <input type="checkbox"/> 心電図モニター</p> <p><input type="checkbox"/> 心嚢穿刺・切開ドレナージ <input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨盤X線撮影</p> <p><input type="checkbox"/> 骨盤シーツラッピング <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> 四肢の循環障害</p> <p><b>Dの異常</b></p> <p><input type="checkbox"/> 酸素投与( L/分)</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部CT検査</p> <p><b>その他の処置</b></p> <p><input type="checkbox"/> 末梢ルート①( G □右 □左 □上肢 □下肢) ②( G □右 □左 □上肢 □下肢)</p> <p><input type="checkbox"/> NG チューブ( Fr cm固定) <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル Fr</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈ライン(□右 □左 □上肢 □下肢) <input type="checkbox"/> 末梢血検査 <input type="checkbox"/> 血液ガス分析</p> <p><input type="checkbox"/> 創傷処置( )</p> <p><input type="checkbox"/> 投与薬物( )</p>																			
<b>受傷機転</b>																			
<p><b>傷病分類</b> <input type="checkbox"/> 頭頸部(□頭部外傷 □頸部外傷 □頸椎・頸髄損傷)</p> <p><input type="checkbox"/> 顔面(□骨折 □眼損傷 □耳損傷 □鼻出血 □口腔損傷)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部(□フレイルチェスト □肋骨骨折(□多発) □血胸 □気胸)</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部(□腹腔内出血 □腹膜炎(□腹部反跳痛 □筋性防御) □腎・尿路損傷(□肉眼的血尿) )</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢と骨盤(□両側大腿骨骨折 □開放性骨折 □脱臼 □切断 □骨盤骨折(□不安定型))</p> <p><input type="checkbox"/> 体表(□剥皮創 □穿透創 □挫創 □熱傷(□Ⅱ度 □Ⅲ度 面積 % □気道熱傷有))</p> <p><input type="checkbox"/> 圧挫症候群 <input type="checkbox"/> 胸・腰椎(髄)損傷 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 汚染(□化学物質 □放射線)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の傷病名(身体所見) ( )</p>																			
<b>必要な治療・処置</b>																			
<p><input type="checkbox"/> 外科的治療(□緊急手術を要す、□待機的手術を要す) <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 動脈塞栓術(TAE)</p> <p><input type="checkbox"/> 創外固定 <input type="checkbox"/> 直達牽引 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 除染(□化学物質 □放射性物質)</p> <p><input type="checkbox"/> 破傷風トキソイド <input type="checkbox"/> 抗破傷風免疫グロブリン</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>																			
<b>診断、特記事項等(自由記載)</b>																			
															