



は、 および必要記入項目です。

年 月 日

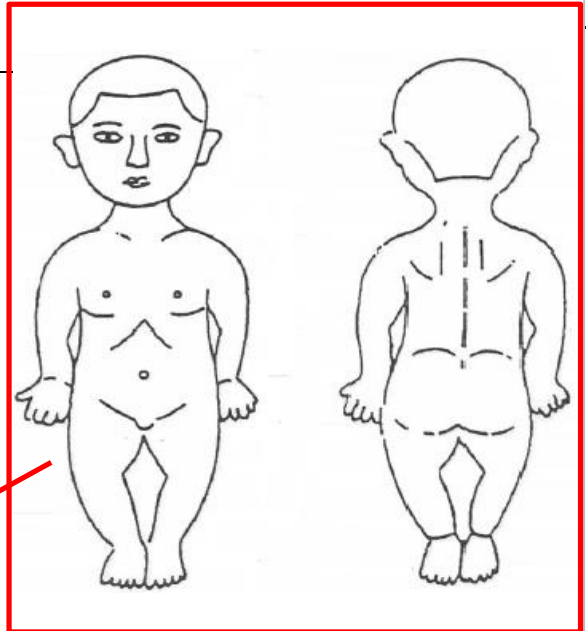
\*該当性別に○を付す

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	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( )										
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



現症のチェック、局所所見は  
人体図を用いてもよい

J-SPEEDレポート・  
フォームにも計上する

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 緊急支援要	
<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 介護/看護	<input type="checkbox"/> 28 水・食料	
<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 栄養	<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	<input type="checkbox"/> 30	

【記載者】 ( 医師 看護師 薬剤師 その他 )

所属

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

必ず記載する

追加する場合は2号様式をコピーして記載し、挟み込むように保存する

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 コードを記載	処置・処方	<input type="checkbox"/> 診療場所 <input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 医師等サイン

必ず記載する

最後の診察の場合には、転帰にチェックする。転送の場合には、搬送手段、搬送先、搬送機関と日付を記入する

【転帰】 年 月 日

1帰宅

2転送(手段: 搬送機関: 年 月 日  
搬送先: )

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

最終記録管理者名は、所属医療機関名あるいは都道府県ないし市町村になります

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(<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>下肢) ②( G <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>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(<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>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(<input type="checkbox"/>頭部外傷 <input type="checkbox"/>頸部外傷 <input type="checkbox"/>頸椎・頸髄損傷)</p> <p><input type="checkbox"/>顔面(<input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/>眼損傷 <input type="checkbox"/>耳損傷 <input type="checkbox"/>鼻出血 <input type="checkbox"/>口腔損傷)</p> <p><input type="checkbox"/>胸部(<input type="checkbox"/>フレイルチェスト <input type="checkbox"/>肋骨骨折(<input type="checkbox"/>多発) <input type="checkbox"/>血胸 <input type="checkbox"/>気胸)</p> <p><input type="checkbox"/>腹部(<input type="checkbox"/>腹腔内出血 <input type="checkbox"/>腹膜炎(<input type="checkbox"/>腹部反跳痛 <input type="checkbox"/>筋性防御) <input type="checkbox"/>腎・尿路損傷(<input type="checkbox"/>肉眼的血尿) )</p> <p><input type="checkbox"/>四肢と骨盤(<input type="checkbox"/>両側大腿骨骨折 <input type="checkbox"/>開放性骨折 <input type="checkbox"/>脱臼 <input type="checkbox"/>切断 <input type="checkbox"/>骨盤骨折(<input type="checkbox"/>不安定型))</p> <p><input type="checkbox"/>体表(<input type="checkbox"/>剥皮創 <input type="checkbox"/>穿通創 <input type="checkbox"/>挫創 <input type="checkbox"/>熱傷(<input type="checkbox"/>Ⅱ度 <input type="checkbox"/>Ⅲ度 面積 % <input type="checkbox"/>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(<input type="checkbox"/>化学物質 <input type="checkbox"/>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(<input type="checkbox"/>緊急手術を要す、<input type="checkbox"/>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(<input type="checkbox"/>化学物質 <input type="checkbox"/>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>													
