

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>A 気道の異常</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"/> 輪状甲状靱帯切開 (気切チューブ 内径 mm カフ ml)</p> <p>B・Cの異常</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_IO₂ TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O)</p> <p>Cの異常</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>Dの異常</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>その他の処置</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>			
受傷機転			
<p>傷病分類 <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>			
必要な治療・処置			
<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>			
診断、特記事項等(自由記載)			
			