

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

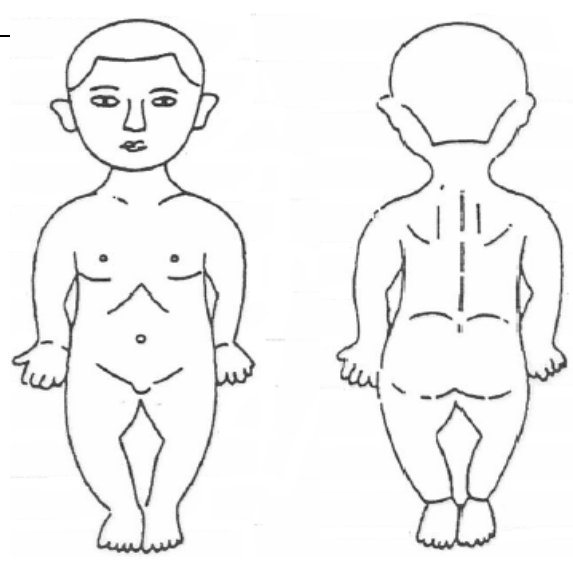
咽頭痛 咳 呼吸苦

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



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

<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

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	・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: 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

最終診療記録管理者 _____