

災害診療記録

☐項目は、☒および必要記入項目です。

年 月 日

トリアージタグ & 番号	* 該当項目に○を付す 赤 黄 緑 黒	番号	トリアージタグ記載者・場所・機関
--------------	------------------------	----	------------------

* 該当性別に○を付す

[illegible]

フリガナ	* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載	男	保険者番号
氏名		女	記号・番号

生年月日 年齢	*年齢不詳の場合は推定年齢 M T S H 年 月 日 () 歳	[携帯]電話番号
------------	--------------------------------------	----------

自宅		*該当項目に○を付す 健存 半壊 全壊
----	--	------------------------

住 所	☐ 避難所1 ☐ 知人宅 ☐ テント ☐ 車内 ☐ その他
-----	--

□避難所2	□知人宅 □テント □車内 □その他
-------	--------------------

職 業	連絡先(家族・知人・その他)	連絡先なし
-----	----------------	-------

【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(	)

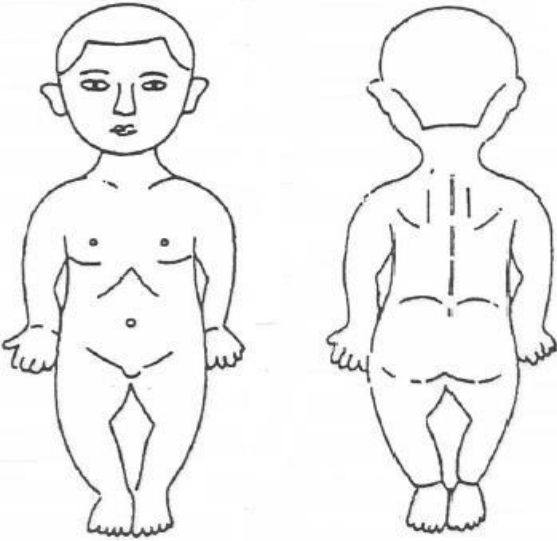
【フォローアップ】 ☐ 必要（次の該当項目に○を付す。身体的/精神的/社会的/その他）

[illegible]

☐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: ☐ 有 ☐ 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		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ その他()													
予防接種歴		☐ 麻疹 ☐ 破傷風 ☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌 ☐ 風疹 ☐ その他()										妊娠		☐ 無 ☐ 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				☐ 処置あり ☐ 処置なし						処方 ☐ 無 ☐ 有									
#1				☐ 創処置 ☐ 点滴 ☐ 注射 *その場の処置としての ☐ 外用 ☐ 内服 ☐ その他						#1									
初診時J-SPEED																			
☐ 1 男性		☐ 7 熱傷 (皮膚/気道)		☐ 13 呼吸器感染症		☐ 19 気管支喘息発作		☐ 25 治療中断											
☐ 2 女性		☐ 8 溺水		☐ 14 消化器感染症		☐ 20 災害ストレス諸症状		☐ 26 災害関連性なし											
☐ 3 歩行不能(被災後~)		☐ 9 クラッシュ症候群		☐ 15 麻疹疑い		☐ 21 心理ケア		☐ 27											
☐ 4 搬送必要		☐ 10 人工透析必要		☐ 16 破傷風疑い		☐ 22 緊急支援要		☐ 28											
☐ 5 創傷 (臓器) 損傷		☐ 11 深部静脈血栓症疑		☐ 17 皮膚疾患		☐ 23 水・食料		☐ 29											
☐ 6 骨折		☐ 12 発熱		☐ 18 血圧 >160/100		☐ 24 栄養		☐ 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

* 該当性別に○を付

[illegible]

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:

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