



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

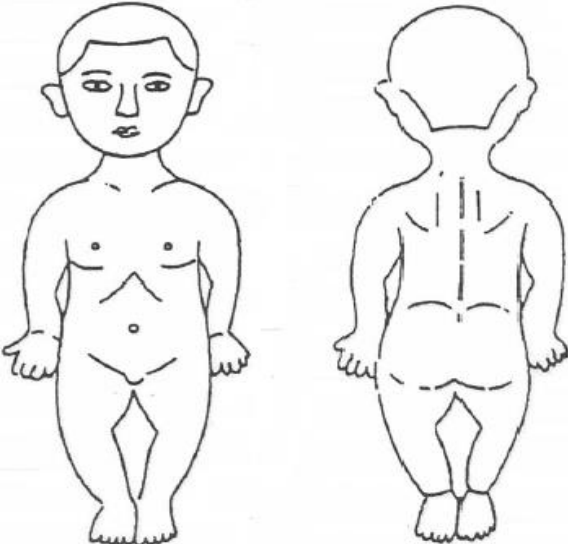
咽頭痛  咳  呼吸苦

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
----	--	----

<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 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 緊急支援助要	<input type="checkbox"/> 28 介護/看護
<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 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 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療場所</li> <li>・所属</li> <li>・医師等サイン</li> </ul>

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: )  
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 \_\_\_\_\_