

**\* は必須記録項目**

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |                        |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------------|
| * 初診日        | 西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 年   | 月   | 日                      |
| * 初診医師氏名     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |                        |
| * 患者氏名(カタカナ) | 最初の 7 文字をメディカル ID に転記                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |                        |
| (漢字等)        | 氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(救出された場所や状況等)を記載<br>性別: 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |                        |
| * 生年月日・年齢    | 西暦・明治・大正・昭和・平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年   | 月   | 日 ( )歳<br>年齢不詳の場合は推定年齢 |
| 保険証情報        | 保険者番号:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 記号: | 番号: |                        |
| [携帯]電話番号     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |                        |
| * 住所         | 自宅: 〒 状態: <input type="checkbox"/> 健存 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 全壊<br><input type="checkbox"/> 避難先1: <input type="checkbox"/> 避難所名( ) <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 避難先2: <input type="checkbox"/> 避難所名( ) <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他 |     |     |                        |
| 連絡先          | <input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 知人・ <input type="checkbox"/> その他・ <input type="checkbox"/> 連絡先なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |                        |
| 職業           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |                        |

【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( )

【要保護者】☐ 支援者のいない要配慮者等 該当状況: ☐ 身体的 / ☐ 精神的 / ☐ 社会的 / ☐ その他 ( )

| * 傷病名 | * 開始        | 診察場所 | * 所属・医師サイン |
|-------|-------------|------|------------|
|       | 年<br>月<br>日 |      |            |
|       |             |      |            |
|       |             |      |            |
|       |             |      |            |
|       |             |      |            |
|       |             |      |            |

例) 1950年09月08日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ⇒ 19500908Mトヨトミヒデヨ

|         |                                                                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| トリアージタグ | <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黒 番号: |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

[illegible]

患者氏名  
(カタカナ)

\* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

初診医師氏名

## 一般診療版 J-SPEED2018 当てはまるもの全てに☑

| 初診日           |                     | 西暦                              | 年         | 月                    | 日                   | 再診<br>日付 / | 再々診<br>日付 / |  |
|---------------|---------------------|---------------------------------|-----------|----------------------|---------------------|------------|-------------|--|
| Demographics  | 年齢                  | 歳                               |           |                      |                     |            |             |  |
|               |                     | ☐0 歳, ☐1-14 歳, ☐15-64 歳, ☐65 歳- |           |                      |                     |            |             |  |
|               | 性別                  | 1                               | ☐         | 男性                   | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 受診区分                | 2                               | ☐         | 女性(妊娠なし)             | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 3                               | ☐         | 女性(妊娠あり)             | ☐                   | ☐          |             |  |
| Health Events | 外傷・環境障害             | 4                               | ☐         | 中等症(トリアージ黄色)以上       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 5                               | ☒         | 再診患者                 | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 6                               | ☐         | 頭頸・脊椎の重症外傷(PAT 赤)    | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 7                               | ☐         | 体幹の重症外傷(PAT 赤)       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 8                               | ☐         | 四肢の重症外傷(PAT 赤)       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 9                               | ☐         | 中等症外傷(PAT 赤以外・入院必要)  | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 10                              | ☐         | 軽症外傷(外来処置のみで加療可)     | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 11                              | ☐         | 創傷                   | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 12                              | ☐         | 骨折                   | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 13                              | ☐         | 熱傷                   | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 14                              | ☐         | 溺水                   | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 15                              | ☐         | クラッシュ症候群             | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 症候・感染症                          | 16        | ☐                    | 発熱                  | ☐          | ☐           |  |
|               |                     |                                 | 17        | ☐                    | 急性呼吸器感染症            | ☐          | ☐           |  |
|               |                     |                                 | 18        | ☐                    | 消化器感染症、食中毒          | ☐          | ☐           |  |
|               | 19                  |                                 | ☐         | 麻疹疑い                 | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 20                  |                                 | ☐         | 破傷風疑い                | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 21                  |                                 | ☐         | 急性血性下痢症              | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 22                  |                                 | ☐         | 緊急の感染症対応ニーズ          | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 23                  |                                 | ☐         | 人工透析ニーズ              | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 24                  |                                 | ☐         | 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ     | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 25                  |                                 | ☐         | 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ    | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 高度医療                | 26                              | ☐         | 災害ストレス関連諸症状          | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 27                              | ☐         | 緊急のメンタル・ケアニーズ        | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | その他                 | 28                              | ☐         | 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈血栓症疑い | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 29                              | ☐         | 高血圧状態                | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 30                              | ☐         | 気管支喘息発作              | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 31                              | ☐         | 緊急の産科支援ニーズ           | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 32                              | ☐         | 皮膚疾患(外傷・熱傷以外)        | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 33                              | ☐         | 掲載以外の疾病              | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 34                              | ☐         | 緊急の栄養支援ニーズ           | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 公衆衛生                | 35                              | ☐         | 緊急の介護/看護ケアニーズ        | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 36                              | ☐         | 緊急の飲料水・食料支援ニーズ       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 37                              | ☐         | 治療中断                 | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | Procedure & Outcome | 実施処置                            | 38        | ☐                    | 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)    | ☐          | ☐           |  |
|               |                     |                                 | 39        | ☐                    | 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) | ☐          | ☐           |  |
|               |                     |                                 | 40        | ☐                    | 四肢切断(指切断を除く)        | ☐          | ☐           |  |
| 41            |                     |                                 | ☐         | 出産・帝王切開・その他産科処置      | ☐                   | ☐          |             |  |
| 転帰            |                     | 42                              | ☐         | 医療フォロー不要(再診不要)       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 43                              | ☐         | 医療フォロー必要(再診指示)       | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 44                              | ☐         | 紹介(紹介状作成等)           | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 45                              | ☐         | 搬送(搬送調整実施等)          | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 46                              | ☐         | 入院(自施設)              | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 47                              | ☐         | 患者自身による診療継続拒否        | ☐                   | ☐          |             |  |
| Context       | 関連性                 | 48                              | ☐         | 受診時死亡                | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 49                              | ☐         | 加療中の死亡               | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 50                              | ☐         | 長期リハビリテーションの必要性      | ☐                   | ☐          |             |  |
|               | 保護                  | 51                              | ☐         | 直接的関連あり(災害による外傷等)    | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 52                              | ☐         | 間接的(環境変化による健康障害)     | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 53                              | ☐         | 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)    | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 54                              | ☐         | 保護を要する小児(孤児等)        | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 55                              | ☐         | 保護を要する成人高齢者          | ☐                   | ☐          |             |  |
|               |                     | 56                              | ☐         | 性暴力                  | ☐                   | ☐          |             |  |
| 57            |                     | ☐                               | 暴力(性暴力以外) | ☐                    | ☐                   |            |             |  |
| 追加症候群         | 58                  | ☐                               |           | ☐                    | ☐                   |            |             |  |
| 59            | ☐                   |                                 | ☐         | ☐                    |                     |            |             |  |
| 60            | ☐                   |                                 | ☐         | ☐                    |                     |            |             |  |

バイタルサイン

意識障害: ☐無・☐有      呼吸数: / min

血圧: / mmHg      体温: °C

脈拍: / min      整・不整

身長・体重

身長: cm      体重: / kg

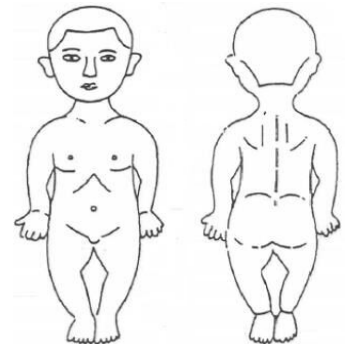
既往症

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐喘息 ☐その他

予防接種

☐麻疹 ☐破傷風 ☐今期インフルエンザ ☐肺炎球菌  
☐風疹 ☐その他( )

主訴

現病歴  
(日本語で記載)☐外傷⇒黄色タグ以上は外傷版記録へ(J-SPEED は記入)  
☐精神保健医療⇒精神保健医療版記録へ(J-SPEED は記入)

診断

処置

処方

転帰

対応者署名  
(判読できる文字で記載)

| 所属(チーム名等) |       | 医師  | 看護師   |
|-----------|-------|-----|-------|
|           |       |     |       |
| 薬剤師       | 業務調整員 | その他 | データ入力 |

&lt;メモ&gt;

\*追加症候群は保健医療調整本部等からの指示に応じて集計

メディカル ID = 西暦生年月日 8 桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID

M  
F

患者氏名  
(カタカナ)

\* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

\* 本ページを最初に利用した医師氏名

| 日時 | 所見 | J-SPEED 該当コード(4 度目受診以降) | 処置・処方 | ・診療場所<br>・所属<br>・医師等サイン |
|----|----|-------------------------|-------|-------------------------|
|    |    |                         |       |                         |

メディカル ID＝西暦生年月日 8 桁＋性別＋氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID

M  
F

患者氏名  
(カタカナ)

\* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

\* 本ページを最初に利用した医師氏名

| 年号    | 西暦   |
|-------|------|
| 明治40年 | 1907 |
| 45年   | 1912 |
| 大正元年  | 1912 |
| 5年    | 1916 |
| 10年   | 1921 |
| 15年   | 1926 |
| 昭和元年  | 1926 |
| 5年    | 1930 |
| 10年   | 1935 |
| 15年   | 1940 |
| 20年   | 1945 |
| 25年   | 1950 |
| 30年   | 1955 |
| 35年   | 1960 |
| 40年   | 1965 |
| 45年   | 1970 |
| 50年   | 1975 |
| 55年   | 1980 |
| 60年   | 1985 |
| 64年   | 1989 |
| 平成元年  | 1989 |
| 5年    | 1993 |
| 10年   | 1998 |
| 15年   | 2003 |
| 20年   | 2008 |
| 25年   | 2013 |
| 31年   | 2019 |
| 新年号元年 | 2019 |

| 日時 | 所見 | J-SPEED 該当コード(4 度目受診以降) | 処置・処方 | ・診療場所<br>・所属<br>・医師等サイン |
|----|----|-------------------------|-------|-------------------------|
|    |    |                         |       |                         |

メディカル ID＝西暦生年月日 8 桁＋性別＋氏名カタカナ上位 7 桁

|          |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| メディカル ID |  |  |  |  |  |  |  |  | M<br>F |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|