

*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 性別: 男・女			
* 生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ()歳 <small>年齢不詳の場合は推定年齢</small>
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		
	<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			
	<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 月 日		

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

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:
---------	---

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 ・所属 ・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							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

災害診療記録2018(精神保健医療版)

改訂日：2018/10/31

精神保健医療版J-SPEED あてはまるもの全てに☑		相談対応日	西暦・平成	年	月	日	
年齢	_____歳 <input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1~14歳 <input type="checkbox"/> 15~64歳 <input type="checkbox"/> 65歳~		相談者氏名	(フリガナ) _____			
性別	1 <input type="checkbox"/> 男 2 <input type="checkbox"/> 女	生年月日					西暦・大正・昭和・平成
属性	3 <input type="checkbox"/> 支援者	住所					
対応した場所	4 <input type="checkbox"/> 避難所						
	5 <input type="checkbox"/> 病院・救護所	避難所・救護所名					
6 <input type="checkbox"/> 自宅							
7 <input type="checkbox"/> その他	8 <input type="checkbox"/> 眠れない	[携帯]電話番号					
精神的健康状態	本人の訴え	9 <input type="checkbox"/> 不安だ	既往精神疾患	<input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
		10 <input type="checkbox"/> 災害場面が目には浮かぶ					
		11 <input type="checkbox"/> ゆうつだ		内服薬			
		12 <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い					
		13 <input type="checkbox"/> 死にたくなる					
		14 <input type="checkbox"/> 周りから被害を受けている					
		15 <input type="checkbox"/> 物忘れがある					
		16 <input type="checkbox"/> その他					
	行動上の問題	17 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない	生活歴				
		18 <input type="checkbox"/> 怒っている					
		19 <input type="checkbox"/> 興奮している					
		20 <input type="checkbox"/> 話しすぎる					
		21 <input type="checkbox"/> 応答できない		被災状況： <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷 <input type="checkbox"/> 家屋の損壊または浸水 家 族： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		22 <input type="checkbox"/> 徘徊している					
		23 <input type="checkbox"/> 自傷している					
		24 <input type="checkbox"/> 自殺を試みる					
		25 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力をふるう					
		26 <input type="checkbox"/> 酒をやめられない					
	27 <input type="checkbox"/> その他	現病歴					
	ICD分類 (医師による診断)		28 <input type="checkbox"/> F0: 認知症, 器質性精神障害				
			29 <input type="checkbox"/> F1: 物質性精神障害				
			30 <input type="checkbox"/> F2: 統合失調症関連障害				
			31 <input type="checkbox"/> F3: 気分障害				
			32 <input type="checkbox"/> F4: 神経症, ストレス関連障害				
			33 <input type="checkbox"/> F5: 心身症				
		34 <input type="checkbox"/> F6: 人格・行動の障害					
35 <input type="checkbox"/> F7: 知的障害<精神遅滞>							
36 <input type="checkbox"/> F8: 心理的発達障害							
37 <input type="checkbox"/> F9: 児童・青年期の障害							
38 <input type="checkbox"/> F99: 診断不明							
39 <input type="checkbox"/> G40: てんかん		現症					
必要な支援	40 <input type="checkbox"/> 精神医療						
	41 <input type="checkbox"/> 身体医療						
	42 <input type="checkbox"/> 保健・福祉・介護						
	43 <input type="checkbox"/> 地域・職場・家庭等での対応						
対応	44 <input type="checkbox"/> 処方		対応・引継 (処方内容含む)				
	45 <input type="checkbox"/> 入院・入所						
	46 <input type="checkbox"/> 地域の保健医療機関へ紹介・調整						
47 <input type="checkbox"/> 傾聴・助言等							
転帰	48 <input type="checkbox"/> 支援継続						
	49 <input type="checkbox"/> 支援終了						
災害と精神的健康 状態の関連 (医師による判断)	50 <input type="checkbox"/> 直接的関連	精神科的緊急性		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	51 <input type="checkbox"/> 間接的関連						
	52 <input type="checkbox"/> 関連なし						

所属チーム名		相談者への対応者名		
		医師	看護師(保健師含む)	業務調整員

メディカルID	d / F
---------	-------