

共通様式1(健康相談票-避難所用)

健康相談票(共通様式) 初回・()回		方法 ・面接 ・訪問 ・電話 ・その他 ()		対象者 乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他()		担当者(自治体名)		
		保管先				相談日	年 月 日	
						時間		
						場所		
基本的な状況	氏名(フリガナ)		性別	生年月日			年齢	
			男・女	M・T・S・H 年 月 日			歳	
	被災前住所		連絡先		避難場所			
	①現住所		連絡先		自宅 自宅外:車・テント・避難所 (避難所名:)			
	②新住所		連絡先		家族状況			
	情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先				独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()			
	被災の状況				制度の利用状況			
	家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他()				・介護保険(介護度) ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他()			
身体的・精神的な状況	既往歴		現在治療中の病気		内服薬			
	高血圧、脳血管疾患、 高脂血症、糖尿病、 心疾患、肝疾患、 腎疾患、精神疾患、 結核、難病、 アレルギー、 その他 ()		高血圧、高脂血症、 糖尿病、心疾患、 肝疾患、腎疾患、 精神疾患、結核、 難病、アレルギー、 その他 ()		なし・あり(中断・継続) 内服薬名()			
					医療器材・器具		医療機関名	
					在宅酸素・人工透析 その他()		被災前: 被災後:	
					食事制限		血圧測定値	
				なし あり 内容() 水分()		最高血圧: 最低血圧:		
現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)				具体的自覚症状(参考)				
				①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他				
日常生活の状況	食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通	判断力・記憶	その他
	自立							
	一部介助							
	全介助							
備考 必要器具など								
個別相談活動	相談内容				支援内容			
					今後の支援方針			
					解決 継続			

避難所情報 日報
(共通様式)

活動日	記載者(所属・職名)
年 月 日	

避難所活動の目的:

太枠 は活動初期に重点的に把握すべき事項

- ①公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討
- ②個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

避難所の概況	避難所名		所在地(都道府県、市町村名)		避難者数			
					人(昼: 人 夜: 人)			
	電話		FAX			施設の広さ		
			メールアドレス					
組織や活動	スペース密度		過密・適度・余裕	1人当たり専有面積	㎡くらい			
	交通機関(避難所と外との交通手段)							
	管理統括・代表者の情報							
	氏名(立場)							
	その他							
	連絡体制 / 指揮・命令系統							
	自主組織							
	有()・無							
	外部支援							
	有(チーム数: 人数: 人)・無							
	有の場合、職種()							
	ボランティア							
	有(チーム数: 人数: 人)・無							
	有の場合、職種()							
	環境的側面	医療の提供状況						
救護所		有・無		巡回診療				
				有・無				
地域の医師との連携		有・無						
現在の状況								
(◎十分、○どちらかというと足りている、△どちらかというと不足、×皆)								
ライフライン		電気		◎・○・△・×		対応		
		ガス		◎・○・△・×				
		水道		◎・○・△・×				
		飲料水		◎・○・△・×				
		固定電話		◎・○・△・×				
		携帯電話		◎・○・△・×				
設備状況と衛生面		洗濯機		◎・○・△・×				
		冷蔵庫		◎・○・△・×				
		冷暖房		◎・○・△・×				
	照明		◎・○・△・×					
	調理設備		◎・○・△・×					
	トイレ		◎・○・△・×		(箇所) 下水			
			無・有					
			清掃		◎・○・△・×			
			くみ取り		◎・○・△・×			
			手洗い場		◎・○・△・×			
		手指消毒		◎・○・△・×				
風呂		◎・○・△・×				(清掃状況:)		
喫煙所		◎・○・△・×				(分煙: 無・有)		
生活環境の衛生面	清掃状況		不良・普・良		床の清掃			
					無・有			
	ゴミ収集場所		無・有		履き替え			
					無・有			
	換気・温度・湿度等		空調管理		不適・適			
	粉塵		無・有		生活騒音			
					不適・適			
食事の供給	寝具		◎・○・△・×		寝具乾燥対策			
					無・有			
	ペット対策		無・有		ペットの収容場所			
					無・有			
	食事		◎・○・△・×				()回	
炊き出し		無・有		残品処理		不適・適		

避難所避難者の状況 日報
(共通様式)

避難所名	活動日	記載者(所属・職名)
	年 月 日	

避難所活動の目的:

太枠 は活動初期に重点的に把握すべき事項

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討す
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

配慮を要する人	本日の状態					対応・特記事項				
	高齢者	人	うち75歳以上	人	配慮を要する人の全体像	要援護者数	人			
			うち要介護認定者数	人		うち全介助	人			
	妊婦	人	うち妊婦健診受診困難者数	人		うち一部介助	人			
	産婦	人				うち認知障害	人			
	乳児	人				外国人	人			
	幼児・児童	人	うち身体障害児	人						
			うち知的障害児	人						
			うち発達障害児	人						
	障害者	人	うち身体障害者	人						
		うち知的障害者	人							
		うち精神障害者	人							
		うち発達障害者	人							
		難病患者	人							
		在宅酸素療養者	人							
		人工透析者	人							
		アレルギー疾患児・者	人							
服薬者数	服薬者	人	うち高血圧治療薬	人	対応・特記事項					
			うち糖尿病治療薬	人						
			うち向精神薬	人						
有症状者数	人数の把握	総数	うち乳児・幼児	人	うち妊婦	人	うち高齢者	人	専門的医療ニーズ	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無
	外傷	人	人	人	人	人	人	小児疾患	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	下痢	人	人	人	人	人	人	精神疾患	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	嘔吐	人	人	人	人	人	人	周産期	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	発熱	人	人	人	人	人	人	歯科	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	咳	人	人	人	人	人	人	対応・特記事項		
	便秘	人	人	人	人	人	人			
	食欲不振	人	人	人	人	人	人			
	頭痛	人	人	人	人	人	人			
	不眠	人	人	人	人	人	人			
不安	人	人	人	人	人	人				
防疫的側面	食中毒様症状 (下痢、嘔吐などの動向)									
	風邪様症状 (咳・発熱などの動向)									
	感染症症状、その他									
まとめ	全体の健康状態									
	活動内容									
	アセスメント									
	課題/申し送り									

災害診療記録

太枠 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 M F												
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										保険者番号	
氏名	男 女										記号・番号	
生年月日	*年齢不詳の場合は推定年齢										[携帯]電話番号	
年齢	M	T	S	H	年	月	日	()	歳			
住 所	自宅										*該当項目に○を付す 健存 半壊 全壊	
	<input type="checkbox"/> 避難所1	<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"/> 避難所2	<input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> 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)
- 災害時要援護者(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)

傷病名	開始	診察場所	所属・医師サイン
	年 月 日		

太枠項目は、および必要記入項目です。

年 月 日

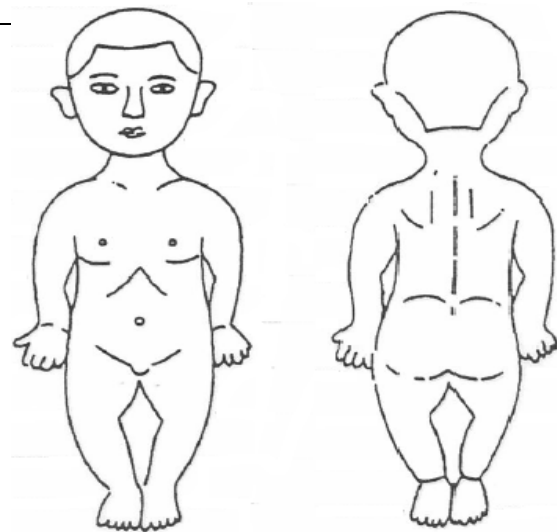
*該当性別に○を付す

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

初診時J-SPEED

<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

太枠 項目は、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~#2 6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

太枠項目は、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~#2 6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: _____)

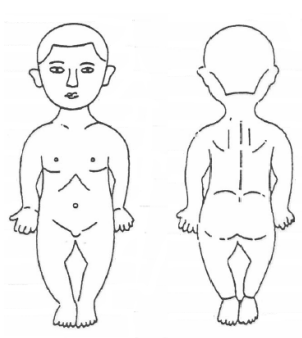
【災害と傷病との関連】

- 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 _____

災害診療記録(緊急処置と外傷評価)(裏)

太枠 項目は、☑および必要記入項目です。

メディカルID																				
<p>A 気道の異常</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> エアウェイ</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管 (挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 輪状甲状靱帯切開 (気切チューブ 内径 mm カフ ml)</p> <p>B・Cの異常</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸腔ドレナージ(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 サイズ Fr 吸引圧 cmH2O)</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 人工呼吸(F_IO₂ TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O)</p> <p>Cの異常</p> <p><input type="checkbox"/> 圧迫止血 <input type="checkbox"/> 細胞外液輸液 <input type="checkbox"/> 心電図モニター</p> <p><input type="checkbox"/> 心嚢穿刺・切開ドレナージ <input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨盤X線撮影</p> <p><input type="checkbox"/> 骨盤シーツラッピング <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> 四肢の循環障害</p> <p>Dの異常</p> <p><input type="checkbox"/> 酸素投与(L/分)</p> <p><input type="checkbox"/> 気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭部CT検査</p> <p>その他の処置</p> <p><input type="checkbox"/> 末梢ルート①(G <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) ②(G <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢)</p> <p><input type="checkbox"/> NG チューブ(Fr cm固定) <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル Fr</p> <p><input type="checkbox"/> 動脈ライン(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> 末梢血検査 <input type="checkbox"/> 血液ガス分析</p> <p><input type="checkbox"/> 創傷処置()</p> <p><input type="checkbox"/> 投与薬物()</p>																				
<p>受傷機転</p>																				
<p>傷病分類 <input type="checkbox"/> 頭頸部(<input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 頸部外傷 <input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄損傷)</p> <p><input type="checkbox"/> 顔面(<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 眼損傷 <input type="checkbox"/> 耳損傷 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 口腔損傷)</p> <p><input type="checkbox"/> 胸部(<input type="checkbox"/> フレイルチェスト <input type="checkbox"/> 肋骨骨折(<input type="checkbox"/> 多発) <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 気胸)</p> <p><input type="checkbox"/> 腹部(<input type="checkbox"/> 腹腔内出血 <input type="checkbox"/> 腹膜炎(<input type="checkbox"/> 腹部反跳痛 <input type="checkbox"/> 筋性防御) <input type="checkbox"/> 腎・尿路損傷(<input type="checkbox"/> 肉眼的血尿))</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢と骨盤(<input type="checkbox"/> 両側大腿骨骨折 <input type="checkbox"/> 開放性骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 骨盤骨折(<input type="checkbox"/> 不安定型))</p> <p><input type="checkbox"/> 体表(<input type="checkbox"/> 剥皮創 <input type="checkbox"/> 穿通創 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 熱傷(<input type="checkbox"/> II度 <input type="checkbox"/> III度 面積 % <input type="checkbox"/> 気道熱傷有)</p> <p><input type="checkbox"/> 圧挫症候群 <input type="checkbox"/> 胸・腰椎(髄) 損傷 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 汚染(<input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 放射線)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の傷病名(身体所見) ()</p>																				
<p>必要な治療・処置</p> <p><input type="checkbox"/> 外科的治療(<input type="checkbox"/> 緊急手術を要す、<input type="checkbox"/> 待機的手術を要す) <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 動脈塞栓術(TAE)</p> <p><input type="checkbox"/> 創外固定 <input type="checkbox"/> 直達牽引 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 除染(<input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 放射性物質)</p> <p><input type="checkbox"/> 破傷風トキソイド <input type="checkbox"/> 抗破傷風免疫グロブリン</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>																				
<p>診断、特記事項等(自由記載)</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>																				