

# 此花区災害時医療救護活動ガイドライン

令和6年7月

此花区災害対策本部・此花区医師会  
此花区歯科医師会・此花区薬剤師会

## 目 次

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| I   | 此花区災害時医療救護活動ガイドラインの目的                             | 3   |
| II  | 此花区の災害医療体制の概要                                     | 3   |
| 1   | 区の災害時の組織体制  | 3   |
| 2   | 災害時医療体制の整備（初期医療救護活動体制の整備）                         | 3   |
| (1) | 通信手段の整備   | 3   |
| (2) | 区医師会との協力体制の整備                                     | 4   |
| 3   | 災害時医療救護活動の統括・調整                                   | 4   |
| (1) | 医療救護活動を統括・調整する体制（災害医療コーディネート機能・災害医療コーディネートチーム）の整備 | 4   |
| (2) | 災害時医療コーディネート機能・災害時医療コーディネートチームの役割                 | 4   |
| III | 此花区の医療救護活動  | 7   |
| 1   | 初期初動医療救護活動  | 7   |
| (1) | 区災害対策本部の設置  | 7   |
| (2) | 初期初動医療救護活動  | 7   |
| 2   | 医療救護活動の調整内容                                       | 7   |
| (1) | 医療機関情報の収集   | 7   |
| 3   | 医療救護班の調整  |     |
| (1) | 医療救護班の業務内容  | 1 1 |
| (2) | 医療救護班の調整及び救護所の設置                                  | 1 1 |
| (3) | 要請なく応援に駆けつけた医療救護班の調整                              | 1 1 |
| 4   | 諸団体への協力依頼事項                                       |     |
| (1) | 此花区医師会  | 1 2 |
| (2) | 此花区歯科医師会  | 1 2 |
| (3) | 此花区薬剤師会   | 1 2 |
| (4) | 災害医療協力病院（大阪暁明館病院）                                 | 1 2 |
| (5) | その他の病院等   | 1 2 |

|                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| (6) 此花区訪問看護ステーション連絡会             | 1 3      |
| (7) 此花区社会福祉協議会 (此花区災害ボランティアセンター) | 1 3      |
| (8) 此花消防署                        | 1 3      |
| (9) 此花警察署                        | 1 3      |
| <br>                             |          |
| 5 連絡先一覧                          |          |
| (1) 此花区災害対策本部 (此花区役所内)           | 1 3      |
| (2) 地域災害拠点病院                     |          |
| 【大阪市内】                           | 1 3      |
| 【尼崎市】                            | 1 4      |
| (3) 災害医療協力病院                     |          |
| 【此花区内】                           | 1 4      |
| 【福島区内】                           | 1 4      |
| 【西区内】                            | 1 5      |
| 【港区内】                            | 1 5      |
| 【西淀川区区】                          | 1 5      |
| (4) 災害時避難所一覧                     | 1 5      |
| (5) 福祉避難所一覧                      | 1 7      |
| <br>                             |          |
| 6 各種様式一覧                         | 1 7      |
| <br>                             |          |
| (参考)                             | 1 8      |
| <br>                             |          |
| (様式1～6)                          |          |
| (1) 情報伝達用                        |          |
| ①災害時医療機関情報収集シート (様式1)            | 1 9      |
| ②診療可能医療機関報告 (様式2)                | 2 0      |
| (2) 災害時医療救護用                     |          |
| ①医療救護所運営日報 (様式3)                 | 2 1      |
| ②傷病者一覧表 (様式4)                    | 2 2      |
| ③災害診療記録 (「日本診療情報管理学会」による公開分)     |          |
| ・災害診療記録 2018 外傷版 (初期評価) (様式5)    | 2 3, 2 4 |
| ・災害診療記録 2018 一般診療版 (様式6)         | 2 5～2 8  |

## I 此花区災害時医療救護活動ガイドラインの目的

此花区災害時医療救護活動ガイドラインは、大規模災害の発生時など地域における医療機能が低下した場合に必要な医療救護活動について、此花区の方針を示したものである。

災害時における医療救護活動は、市民の生命と身体を守るための重要なものであり、初期医療救護活動をいかに円滑に実施する体制を整えるか、医療機関等との連携など、災害発生時に備えるため区の初期医療救護活動体制の整備、医薬品・医療資機材の確保など基本的な事項について記載したものである。

## II 此花区の災害医療体制の概要

### 1 此花区の災害時の組織体制

| 種 別  | 説 明   |
|--|---|
| 此花区災害対策本部<br>(区本部長：区長)                     | ・大阪市災害対策本部が設置されたとき<br>・その他区長が必要と認めたとき。なお、この場合は市長に報告すること。  |
| 此花区災害対策警戒本部<br>(区警戒本部長：区長)                 | ・大阪市災害対策警戒本部が設置されたとき<br>・その他区長が必要と認めたとき。なお、この場合は危機管理監に報告すること。   |
| 現地災害対策本部<br>(本部長：災害の状況に応じて市本部長又は市警戒本部長が指名) | ・大規模な災害が発生した場合又は発生するおそれのある場合において、市本部長が必要と認めたとき<br>・相当規模の災害が広範囲にわたって発生した場合又は発生するおそれのある場合において、市警戒本部長が必要と認めたとき |

### 2 災害時医療体制の整備（初期医療救護活動体制の整備）

災害時の初期医療を円滑かつ迅速に実施するため、通信手段の確保、市本部内大阪市保健医療調整本部（以下、「保健医療調整本部」という。）の準備活動、此花区医師会（以下「区医師会」という。）との協力体制等の初期医療救護活動体制の整備を実施する。

#### (1) 通信手段の整備

災害時における保健医療調整本部と此花区災害対策本部（以下「区本部」という。）・区保健福祉センター）との調整及び指示等を的確に実施するため、危機管理室はMC A無線機等の活用などにより、市本部（保健医療調整本部と区役所（区保健福祉センター））や関係機関との間の通信手段を確保する。

## (2) 区医師会との協力体制の整備

区役所は、災害時の初期段階において、区医師会による医療救護班が円滑に医療救護活動を実施できるよう、区医師会による医療救護活動への協力を得るための事前の調整を行うとともに、防災訓練を通じ、MCA無線機等の活用などにより、連絡体制を確立するよう努めていく。

## 3 災害時医療救護活動の統括・調整

### (1) 医療救護活動を統括・調整する体制（災害医療コーディネート機能・災害医療コーディネートチーム）の整備

区本部は、災害発生時における医療救護活動を行う担当を明確にし、担当する職員（防災担当者、区担当医師、保健師、監視員、栄養士等）の体制を整備するとともに、救急医療・災害時医療救護活動を担う区内の関係機関（此花区医師会（以下「区医師会」という。）、此花区歯科医師会（以下「区歯科医師会」という。）、此花区薬剤師会（以下「区薬剤師会」という。）等の関係団体及び消防署等）からの人的支援を得て、災害発生時の区における医療救護活動を統括・調整する体制（災害医療コーディネート機能・災害医療コーディネートチーム）の整備に努める。

### (2) 災害時医療コーディネート機能・災害時医療コーディネートチームの役割

#### ① 平常時の取り組み

##### ア 会議や打ち合わせ等の開催

平常時から災害発生時における医療救護活動等にかかる各関係機関の役割を明確にするなど会議や打ち合わせを開催し災害発生時に備える。

##### イ 医療救護班の派遣調整

災害発生時に救護所に派遣される医療救護班の体制等を決めておく。

##### ウ 医療機関との連携

発災直後は外傷を中心とした被災者が近隣の医療機関に集中することが想定され、外部からの支援が到着するまでに医療救護活動が必要となることが考えられる。平常時から区内医療機関（特に災害医療協力病院である大阪暁明館病院）と災害時に対応可能な人的、物的医療資源を適宜把握・更新しながら医療情報の共有を図る。

##### エ 介護・福祉関係機関等との連携

災害時避難所に来ることができない在宅の要配慮者、あるいは災害時避難所での生活では支障をきたす者に関して、此花区社会福祉協議

会や区内の福祉関連施設、福祉避難所、さらには此花区訪問看護ステーション連絡会、居宅介護事業所等の関係職種とも情報を共有するとともに、各々の役割を認識し支援のあり方を検討する。

オ 医療救護活動訓練の実施

防災訓練等を実施する際は医療救護活動訓練を実施するよう努める。

② 災害発生時の役割

ア 区内の医療資源の把握

災害発生時に区内の医療機関及び医療資源の状況を把握する。

イ 災害時避難所、救護所等における医療救護活動に関すること

区内の災害時避難所、救護所等における医療救護活動及び公衆衛生チーム等の活動に対する指示・助言を行う。

ウ 医療救護班の配分、調整に関すること

区内の被害状況、医療救護班のニーズを把握し、救護所への医療救護班の配置等を調整する。

エ 派遣される医療救護班等に関すること

派遣された医療救護班や直接応援に駆け付けたDMAT、医療救護班（JMAT）等の配置を調整する。

オ 在宅要配慮者への支援及び医療提供に関すること

災害時避難所に避難できない在宅要配慮者及び要医療者について福祉関係機関及び此花区訪問看護ステーション連絡会・居宅介護支援事業所等の協力を得て情報を収集し、巡回診療等の支援が提供できるよう医療救護班をはじめ区内の医療・介護・福祉関係機関等の役割を調整する。

カ 医薬品・医療資器材の把握に関すること

医療救護班の活動等に必要な医薬品・医療資器材を把握し配分を調整するとともに、不足する医薬品等については市本部へ要請するよう区本部に対し指示する。

また、区本部に搬入された医薬品・医療資器材の使用、管理を行う。

キ 患者搬送に関すること

搬送が必要な患者を把握するとともに、関係機関と搬送にかかる調整を行う。調整が困難な場合は市本部へ要請するよう区本部に対し指示する。

ク 関係機関に対する医療の復旧のための調整に関すること

保健医療調整本部と連携を図りながら、区内の医療機関をはじめとする関係機関の状況及びニーズを把握し、診療可能な医療機関の情報

提供や医療機関等の復旧に向けた指導・助言を行う。

ケ 医療救護関係機関による連絡会議の開催

医療救護活動が効果的・効率的に行えるよう、派遣された医療救護班をはじめ医療救護関係機関を含めた連絡会議を開催する。

コ 地域医療機能の復興支援や適切な医療救護活動の調整に関する  
こと

保健医療調整本部と連携を図りながら、医療機関の復旧状況を把握し、地域医療機能の復興支援や、活動中の医療救護班等の撤収などの調整を行う。

サ 職員等支援者の健康管理について

ストレスを受けながら医療救護活動に従事する職員及び外部からの支援者等の心身の不調を予防し早期に対応できるよう、活動状況を把握し健康管理に努める。

シ その他、災害時における医療提供体制の確保に関する  
こと。

### Ⅲ 此花区の医療救護活動

#### 1 初期初動医療救護活動

##### (1) 区本部（此花区災害対策本部を指す）の設置

区本部長：区長

市本部（大阪市災害対策本部を指す）が設置された場合、区本部が設置される。

##### (2) 初期初動医療救護活動

###### ①区医師会による医療救護班

ア 区本部は、区医師会による医療救護班等の派遣要請を行うとともに、その旨を保健医療調整本部に報告する。

イ 区医師会は、区本部から要請された救護所へ医療救護班を派遣する。

###### ②大阪府の調整による応援医療救護班

区本部は、区内の医療救護班だけでは対応できない場合、保健医療調整本部に連絡し、医療救護班の派遣を要請する。

###### ③ 要請なく応援に駆けつけた医療救護班

区本部に直接応援に駆けつけた医療救護班は、区本部において調整を図り、結果を保健医療調整本部に報告する。

#### 2 医療救護活動の調整内容

##### (1) 医療機関情報の収集

区本部は、区内医療機関の災害医療情報（各医療機関における被災情報、支援要請情報、支援提供情報等）の収集を行う。

災害拠点病院、災害医療協力病院（此花区では大阪暁明館病院）、一般病院等の管理者は、発災後、直ちに院内状況等を調査し、大阪府広域災害・救急医療情報システム（EMISと連動）（以下、「府システム」という。）へ入力することとなっているが、病院等の被災状況について府システムによる情報収集ができない場合は、災害拠点病院と連携・分担して情報収集にあたる。

情報収集にあたっては、電話、FAX、防災無線もしくは災害時優先電話（6462-1336・6462-1338・6463-1236・6463-1237）を使用し、又はこれによりがたい場合は直接医療機関に出向いて情報を把握する。

災害拠点病院が収集する情報が重複しないよう、事前に情報収集方法について災害拠点病院と協議を行うよう努める。

###### ① 通信手段、特に府システムが稼働している場合

保健医療調整本部が大阪府健康医療部保健医療室医療対策課に集約された情報を共有し災害医療情報の収集・発信を行い、あわせて、府シ



システムへの入力を行っていない場合、更新されていない場合については大阪市としても情報収集を行う。

情報収集は電話等の通信手段または下記②アにより区本部職員が医療機関の情報を収集した後、下記②イ以降の手法による。

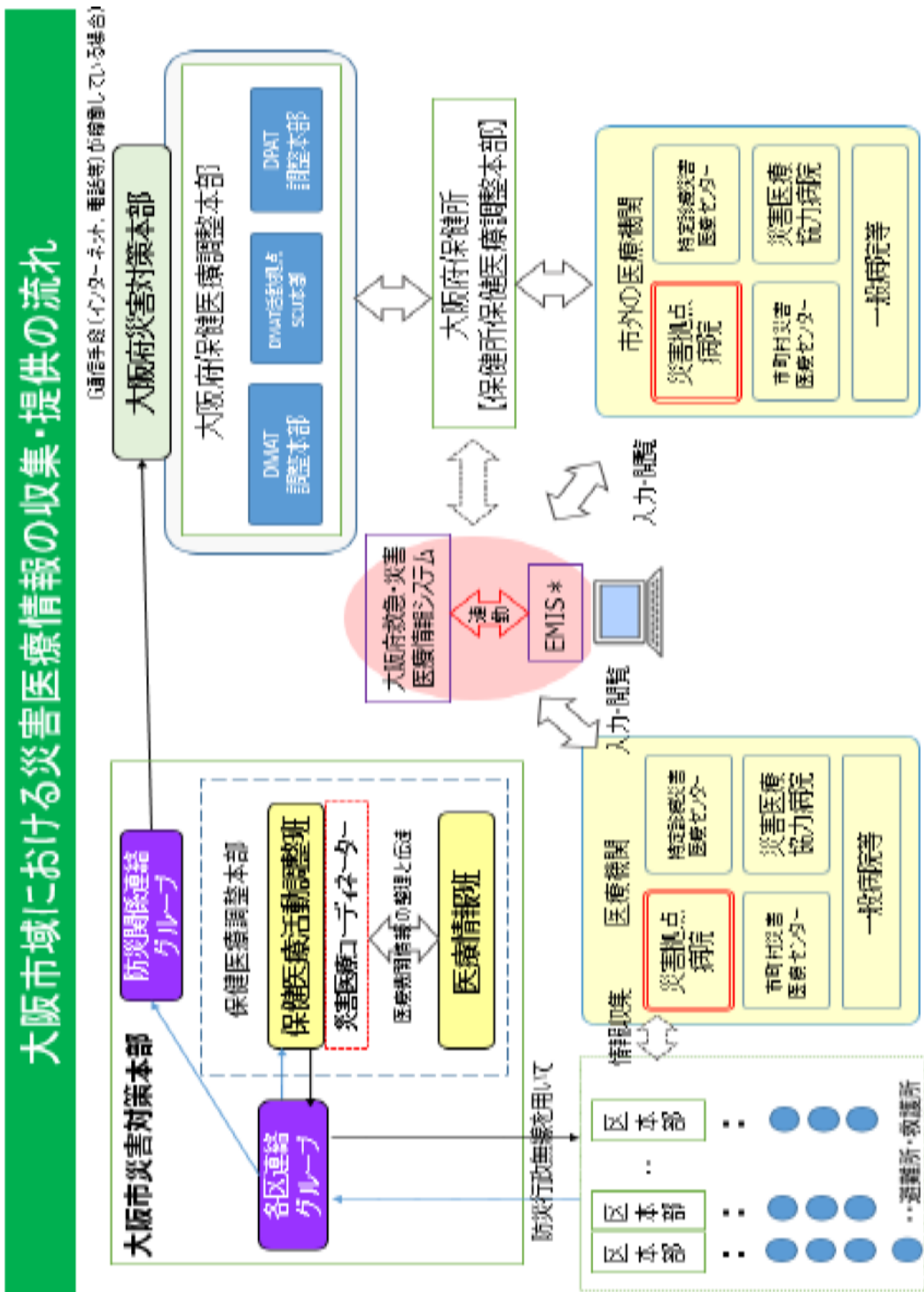
② 通信手段（インターネット、電話等）が途絶している場合

災害医療情報を収集し、区本部、府保健医療調整本部へ伝達、報告する。

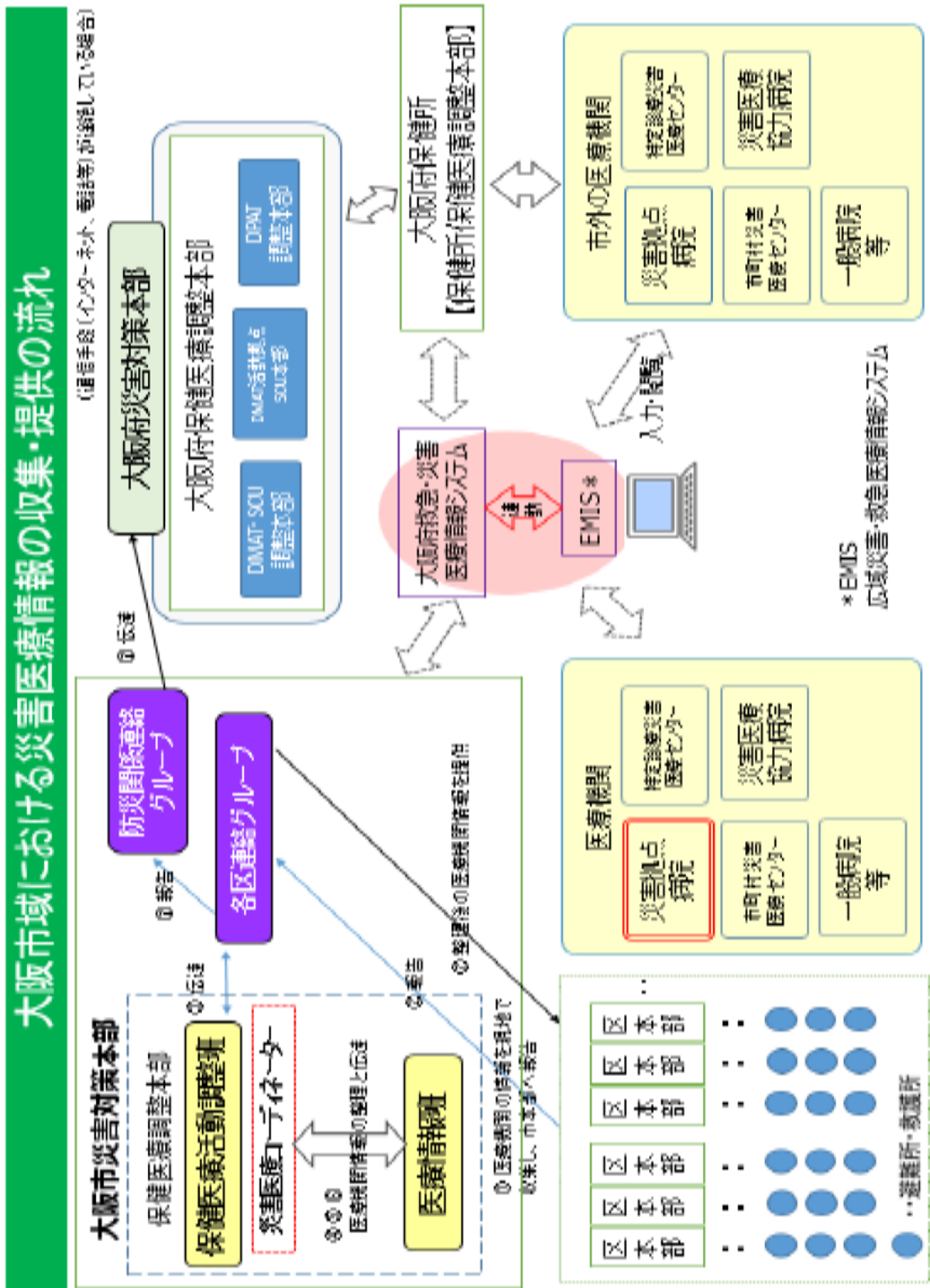
ア 区本部職員が現地へ赴き、災害時医療機関情報収集シート（災害時医療機関情報収集シート（様式1）P19）を用いて調査を実施

イ 区内の状況をまとめ、防災行政無線を用いて区本部から市本部（各区連絡グループ）へ報告

【Ⅱ 2（1）通信手段（インターネット、電話等）が稼働している場合】



【Ⅱ 2 (2) 通信手段（インターネット、電話等）が途絶している場合】



### 3 医療救護班の調整

#### (1) 医療救護班の業務内容・・・・・・・・・・・・・・・・

##### ① 医療救護班の構成

1班あたり計4名（医師1名、看護師又は保健師2名、事務1名）を原則とする。また、必要に応じて薬剤師を救護所に派遣する。

##### ② 医療救護班の業務内容

医療救護班が行う業務内容は、原則として以下に示す内容とする。

なお、救護所における指揮監督は区本部長が指名した者が行う。

ア 傷病者に対する応急処置

イ 後方医療施設への搬送の要否及び優先順位の決定（トリアージ）

ウ 搬送困難な患者・軽傷患者等に対する医療処置

エ 状況により助産救助

オ 被災住民の健康管理

カ 死亡の確認

キ 区本部、保健医療調整本部をはじめ関係機関との連絡調整

#### (2) 医療救護班の調整及び救護所の設置

区本部は救護所を設置・運営する。

##### ① 区は、区内に救護所を設置する場所を判断し、そのために必要な医療救護班の数を算出し、区医師会に派遣依頼

なお、大阪市地域防災計画上、救護所の設置は、原則として以下に設置する。

ア 災害現場又は現場付近

イ 避難場所（災害時避難場所、広域避難場所等）

ウ 特例場所（被災地周辺の医療機関等（区内では大阪暁明館病院等を想定））

なお、大阪暁明館病院（伯鳳会グループ）が所有する災害医療車両（メディカル・コネクス）が使用可能であれば、活用する。

##### ② 区医師会は、区本部から要請された救護所に医療救護班※を派遣

※医療救護班が使用する医薬品、医療資器材、生活資材等は、原則として当該医療救護班に携行を要請するものとする。

なお、医薬品は、大阪暁明館病院ストック分を使用する。

##### ③ 区は、②で不足する医療救護班を、市本部（各区連絡グループ）を通じて保健医療調整本部へ派遣依頼

##### ④ 区本部は、市域外からの医療救護班を救護所に配備する。

#### (3) 要請なく応援に駆けつけた医療救護班の調整

区本部（区本部ボランティア活動支援センター）に要請なく直接応援に

駆けつけた医療救護班は、区本部において区内救護所に配置する。配置後、保健医療調整本部（保健医療活動調整班）に報告する。

#### 4 諸団体への協力依頼事項

##### (1) 区医師会

- ① 区内医療機関の被災状況、診療の可否、医療救護所への医師の派遣の可否を確認  
(人工透析対応医療機関、妊婦対応医療機関の診療の可否等の確認)
- ② 傷病者の傷病程度の診断（トリアージ）
- ③ 傷病者に対する初期医療（軽傷群：緑）
- ④ 傷病者の医療機関への後方搬送（重症群：赤、中等症群：黄）
- ⑤ 死亡の確認及び死体の検案
- ⑥ 医療救護所における医療統率（医療救護班を編成し巡回）
- ⑦ その他、状況に応じた必要事項

##### (2) 区歯科医師会

- ① 区内医療機関の被災状況、診療の可否、医療救護歯科医師の派遣の可否確認
- ② 歯科医療を必要とする傷病者への応急処置及び口腔ケア
- ③ 身元不明遺体の身元確認
- ④ その他、状況に応じた必要事項

##### (3) 区薬剤師会

- ① 区内薬局の被災状況、医療救護所への薬剤師の派遣の可否を確認
- ② 医療救護所における薬剤管理・調剤
- ③ 傷病者に対する投薬・服薬指導
- ④ 医師に対する医薬品の情報提供
- ⑤ 医薬品補給に関する連絡調整
- ⑥ 避難所の衛生管理
- ⑦ その他、状況に応じた必要書類

##### (4) 災害医療協力病院（大阪暁明館病院）

- ① E M I S への被災情報入力
- ② 医療救護所等から搬送される中等症傷病者の受入れ体制の整備
- ③ その他、状況に応じた必要事項

##### (5) その他の病院等

- ① 区本部へ自施設の被災状況、診療の可否を E M I S もしくは「災害時医療機関情報収集シート」により報告。ただし、E M I S が入力できていない場合は、区が代行入力を行う。

- ②その他、状況に応じた必要事項
- (6) 此花区訪問看護ステーション連絡会
  - ① 区本部へ派遣の可否状況を報告
  - ② 医療救護所における医師が行うトリアージの補助
  - ③ 避難所での軽症者に対する初期医療
  - ④ 避難所、救護所における看護、諸対応
  - ⑤ その他、状況に応じた必要事項
- (7) 此花区社会福祉協議会（此花区災害ボランティアセンター）
  - ① 災害救護ボランティアの受け入れや調整
  - ② その他、状況に応じた必要事項
- (8) 此花消防署
  - ① 傷病者の救出・救命措置
  - ② 医師の指示に基づく初期医療
  - ③ 医師が不在時のトリアージ
  - ④ 重病者等の災害拠点病院等への搬送（府内17拠点）
  - ⑤ その他、状況に応じた必要事項
- (9) 此花警察署
  - ① 震災警備、避難所及び医療救護所等の秩序維持
  - ② 救出・救護活動
  - ③ 緊急輸送路の確保
  - ④ 死体の検案、検視
  - ⑤ その他、状況に応じた必要事項

## 5 連絡先一覧

- (1) 此花区災害対策本部（此花区役所内）

電話：6466-9504      FAX:6466-9919

- (2) 災害拠点病院

重症患者の救命医療、医薬品及び医療用資機材の備蓄機能、災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣機能、広域患者搬送への対応機能を有する。

### 【大阪市内】

| 医療機関名           | 所在地              | 電話番号      | 距離/時間(車)      |
|-----------------|------------------|-----------|---------------|
| ◎大阪急性期・総合医療センター | 住吉区万代東<br>3-1-56 | 6692-1201 | 8.8 km<br>26分 |

|                      |                 |           |                |
|----------------------|-----------------|-----------|----------------|
| 大阪市立総合医療センター         | 都島区都島本通 2-13-22 | 6929-1221 | 9.0 km<br>26 分 |
| 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター | 中央区法円坂 2-1-14   | 6942-1331 | 8.0 km<br>28 分 |
| 大阪赤十字病院              | 天王寺区筆ヶ崎町 5-30   | 6774-5111 | 7.0 km<br>33 分 |
| 大阪警察病院               | 天王寺区北山町 10-31   | 6771-6051 | 9.5 km<br>32 分 |
| 多根総合病院               | 西区九条南 1-12-21   | 6581-1071 | 3.4 km<br>13 分 |
| 大阪公立大学医学部附属病院        | 阿倍野区旭町 1-5-7    | 6645-2121 | 6.5 km<br>26 分 |

◎は基幹災害拠点病院（大阪府の中心的な役割を担う。）を兼ねる医療機関

#### 【尼崎市】

| 医療機関名          | 所在地             | 電話番号      | 距離/時間 (車)      |
|----------------|-----------------|-----------|----------------|
| 兵庫県立尼崎総合医療センター | 尼崎市東難波町 2-17-77 | 6480-7000 | 7.4 km<br>20 分 |

#### (3) 災害医療協力病院

災害拠点病院、市町村災害医療センター等との協力し、患者の受け入れを行う救急告示病院等

#### 【此花区内】

| 医療機関名                  | 所在地          | 電話番号      |
|------------------------|--------------|-----------|
| 社会福祉法人大阪暁明館<br>大阪暁明館病院 | 此花区西九条 5-4-8 | 6462-0261 |

#### 【福島区内】

| 医療機関名                 | 所在地           | 電話番号      |
|-----------------------|---------------|-----------|
| 独立行政法人地域医療推進機構 大阪病院   | 福島区福島 4-2-78  | 6441-5451 |
| 医療法人社団 美咲会<br>えびえ記念病院 | 福島区海老江 2-1-36 | 6458-7171 |

|                    |               |           |
|--------------------|---------------|-----------|
| 医療法人 藤田会<br>フジタ病院  | 福島区吉野 2-10-11 | 6441-1181 |
| 大阪整形外科病院           | 福島区大開 4-3-61  | 6463-1111 |
| 関西電力株式会社<br>関西電力病院 | 福島区福島 2-1-7   | 6458-5821 |

#### 【西区内】

| 医療機関名                      | 所在地           | 電話番号      |
|----------------------------|---------------|-----------|
| 公益社団法人日本会員掖<br>済会 大阪掖済会病病院 | 西区本田 2-1-10   | 6581-2881 |
| 吉川病院                       | 西区九条南 3-29-14 | 6583-4114 |
| 日本生命病院                     | 西区江之子島 2-1-54 | 6443-3446 |
| 社会医療法人寿楽会<br>大野記念病院        | 西区南堀江 1-26-10 | 6531-1815 |

#### 【港区内】

| 医療機関名                              | 所在地        | 電話番号      |
|------------------------------------|------------|-----------|
| 独立行政法人地域医療機<br>能推進機構 大阪みなと<br>中央病院 | 港区磯路 1-7-1 | 6572-5721 |

#### 【西淀川区内】

| 医療機関名                           | 所在地           | 電話番号      |
|---------------------------------|---------------|-----------|
| 公益財団法人 淀川勤労<br>者厚生協会附属 西淀病<br>院 | 西淀川区野里 3-5-22 | 6472-1141 |
| 社会医療法人 愛仁会<br>千船病院              | 西淀川区福町 3-2-39 | 6471-9541 |

#### (4) 災害時避難所一覧

区内小学校・中学校・高等学校等

必要に応じ、保健室や多目的室、体育館などに医療救護所を設置する。

|   | 災害時避難所 | 所在地               | 電話番号      | 避難可能人数(人) |
|---|--------|-------------------|-----------|-----------|
| 1 | 西九条小学校 | 此花区西九条 4-3<br>-41 | 6468-3731 | 909       |



|    |                      |                 |           |       |
|----|----------------------|-----------------|-----------|-------|
| 2  | 四貫島小学校               | 此花区四貫島 2-16-29  | 6468-5451 | 809   |
| 3  | 島屋小学校                | 此花区島屋 2-9-36    | 6468-5991 | 1,154 |
| 4  | 伝法小学校                | 此花区伝法 3-13-10   | 6461-0016 | 1,475 |
| 5  | 梅香小学校                | 此花区梅香 3-17-29   | 6461-4700 | 879   |
| 6  | 高見小学校                | 此花区高見 1-3-35    | 6468-5721 | 1,349 |
| 7  | 西島小学校                | 此花区西島 2-5-12    | 6468-6171 | 1,012 |
| 8  | 春日出小学校               | 此花区春日出中 1-13-23 | 6461-2606 | 982   |
| 9  | 春日出中学校               | 此花区春日出南 1-2-8   | 6468-7371 | 1,193 |
| 10 | 梅香中学校                | 此花区春日出北 3-12-24 | 6462-2171 | 1,286 |
| 11 | 此花中学校                | 此花区高見 2-14-31   | 6468-7421 | 1,358 |
| 12 | 大阪府立咲くやこの花中学校・高等学校   | 此花区西九条 6-1-44   | 6464-8882 | 618   |
| 13 | 昇陽中学校・高等学校           | 此花区朝日 1-1-9     | 6461-0091 | 2,315 |
| 14 | もと此花総合高等学校           | 此花区西島 2-3-16    | —         | 465   |
| 15 | (株) セントラル・ワールド・ストレージ | 此花区桜島 3-2-27    | 6463-3041 | 63    |

(5) 福祉避難所一覧

|    | 福祉避難所                         | 所在地             | 電話番号      |
|----|-------------------------------|-----------------|-----------|
| 1  | 特別養護老人ホーム<br>ケアセンター 水都<br>ホーム | 此花区西九条 1-1-2    | 6467-2929 |
| 2  | ケアハウス大阪安立                     | 此花区西九条 3-4-61   | 6460-2880 |
| 3  | 大阪市立此花作業所                     | 此花区四貫島 2-26-17  | 6463-3669 |
| 4  | 大阪市此花区在宅サ<br>ービスセンター          | 此花区伝法 3-2-27    | 6462-1224 |
| 5  | 特別養護老人ホーム<br>ラヴィータ ウーノ        | 此花区伝法 6-5-12    | 6463-6546 |
| 6  | 生活介護事業所<br>ぶるうむ此花             | 此花区島屋 3-2-32    | 6468-7898 |
| 7  | 特別養護老人ホーム<br>ガーデン天使           | 此花区島屋 4-1-11    | 6460-0028 |
| 8  | 大阪市舞洲障がい者<br>スポーツセンター         | 此花区北港白津 2-1-46  | 6465-8210 |
| 9  | 介護老人保健施設<br>あかつき              | 此花区西九条 5-3-51   | 6466-8880 |
| 10 | 総合医療介護施設<br>あかつき              | 此花区春日出中 1-22-13 | 6466-8882 |

6 各種様式一覧

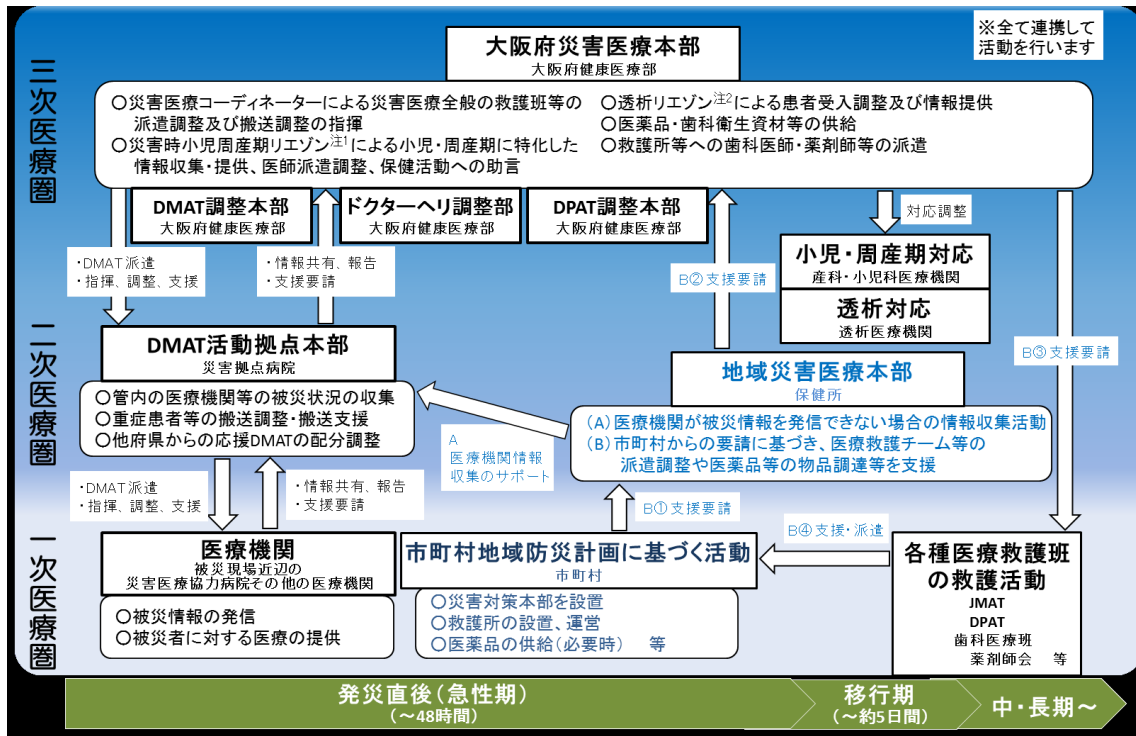
(1) 情報伝達用

- ① 災害時医療機関情報収集シート (様式 1) P 1 9  
(災害医療協力病院以外の病院 → 区本部)
- ② 診療可能医療機関報告 (様式 2) P 2 0  
(区医師会又は区歯科医師会 → 区本部)

(2) 災害時医療救護用

- ① 医療救護所運営日報 (様式 3) P 2 1
- ② 傷病者一覧表 (様式 4) P 2 2
- ③ 災害診療記録 (「日本診療情報管理学会」による公開分)
  - ・ 災害診療記録 2018 外傷版 (初期評価) (様式 5) P 2 3、2 4
  - ・ 災害診療記録 2018 一般診療版 (様式 6) P 2 5～2 7

(参考)



災害時医療機関情報収集シート

【様式1】

|    |                  |
|----|------------------|
| 宛先 | 此花区災害対策本部        |
|    | 電話 06-6466-9504  |
|    | FAX 06-6462-0902 |
|    | E-mail           |

記入日時：令和 年 月 日 時

※太枠中に現在の状況を記入（該当内容にチェック）してください。

|         |        |
|---------|--------|
| 医療機関名：  | 記入者氏名： |
| 所在地：此花区 | 電話番号：  |

【緊急時（災害直後情報）】

|                                      |   |                          |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①患者の受け入れが困難 | 理由： <input type="checkbox"/> ①建物倒壊・倒壊の恐れあり <input type="checkbox"/> ②受入人数の限界超え<br><input type="checkbox"/> ③ライフラインが使用不可能（医療行為が行えない）<br><input type="checkbox"/> ④その他（ ） | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ②患者の受け入れが可能 | <input type="checkbox"/> ①重症（トリアージタグ赤色：緊急対応・重篤）<br><input type="checkbox"/> ②中等症（トリアージタグ黄色：入院対応）<br><input type="checkbox"/> ③軽症（トリアージタグ緑色：外来対応）                        |                          |

【詳細（医療機関情報）】

|                                 |               |                                 |                                |                          |
|---------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 医療機関の機能                         | 手術患者の受入       | <input type="checkbox"/> ①可     | <input type="checkbox"/> ②不可   | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 人口透析患者の受入     | <input type="checkbox"/> ①可     | <input type="checkbox"/> ②不可   | <input type="checkbox"/> |
| 受け入れている患者                       | 重症            | <input type="checkbox"/> ①有（ 人） | <input type="checkbox"/> ②無    | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 中等症           | <input type="checkbox"/> ①有（ 人） | <input type="checkbox"/> ②無    | <input type="checkbox"/> |
| 患者転送情報                          | 転送が必要な重症患者    | <input type="checkbox"/> ①有（ 人） | <input type="checkbox"/> ②無    | <input type="checkbox"/> |
|                                 | （うち広域搬送可能な患者） | <input type="checkbox"/> ①有（ 人） | <input type="checkbox"/> ②無    | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 転送が必要な中等症患者   | <input type="checkbox"/> ①有（ 人） | <input type="checkbox"/> ②無    | <input type="checkbox"/> |
| ライフラインの状況                       | 電気            | <input type="checkbox"/> ①使用可   | <input type="checkbox"/> ②使用不可 | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 水道            | <input type="checkbox"/> ①使用可   | <input type="checkbox"/> ②使用不可 | <input type="checkbox"/> |
|                                 | 医療ガス          | <input type="checkbox"/> ①使用可   | <input type="checkbox"/> ②使用不可 | <input type="checkbox"/> |
| その他（特記事項）：医薬品等の供給（調達）状況、アクセス状況等 |               |                                 |                                | <input type="checkbox"/> |

◎発生後72時間以降は以下も記入してください。

|               |                 |                               |                                |                          |
|---------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 対応疾患の状況（投薬含む） | 上気道炎・感染性胃腸炎等感染症 | <input type="checkbox"/> ①診療可 | <input type="checkbox"/> ②診療不可 | <input type="checkbox"/> |
|               | 高血圧性疾患          | <input type="checkbox"/> ①診療可 | <input type="checkbox"/> ②診療不可 | <input type="checkbox"/> |
|               | 糖尿病             | <input type="checkbox"/> ①診療可 | <input type="checkbox"/> ②診療不可 | <input type="checkbox"/> |
|               | PTSD・不眠等        | <input type="checkbox"/> ①診療可 | <input type="checkbox"/> ②診療不可 | <input type="checkbox"/> |

|      |               |   |   |   |
|------|---------------|---|---|---|
| 区記入欄 | 区担当者名         |   |   |   |
|      | 医療機関記入内容確認日時  | 年 | 月 | 日 |
|      | 市災害対策本部への報告日時 | 年 | 月 | 日 |

診療可能医療機関報告

【様式2】

|    |                  |
|----|------------------|
| 宛先 | 大阪市此花区災害対策本部     |
|    | 電話 06-6466-9504  |
|    | FAX 06-6462-0902 |
|    | E-mail           |
|    | E-mail           |

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| 発信元 | <input type="checkbox"/> 此花区医師会   |
|     | <input type="checkbox"/> 此花区歯科医師会 |
| 発信者 |                                   |

※把握できた範囲で、ご報告をお願いします。

| 番号 | 医療機関名 | 診療可能科名  |
|----|-------|---|
| 1  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 2  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 3  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 4  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 5  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 6  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 7  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 8  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 9  |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |
| 10 |       | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |

## 医療救護所運営日報

医療救護所名：

|     |              |
|-----|--------------|
| 月 日 | 令和 年 月 日 ( ) |
|-----|--------------|

|       |     |  |  |  |
|-------|-----|--|--|--|
| 従事者氏名 | 医師  |  |  |  |
|       | 看護師 |  |  |  |
|       | 保健師 |  |  |  |
|       | 事務  |  |  |  |
|       | その他 |  |  |  |
|       |     |  |  |  |

|      |   |    |     |    |
|------|---|----|-----|----|
|      |   | 軽症 | 中等症 | 重症 |
| 受診者数 | 男 |    |     |    |
|      | 女 |    |     |    |
|      | 計 |    |     |    |

|     |  |
|-----|--|
| その他 |  |
|-----|--|

令和 年 月 日 ( ) No.

| 傷病者の氏名 |  | 性別   | 年齢 | 住所  | 疾病程度   | 応急措置の概要 | 備考 |
|--------|--|--|----|-----|--|---------|----|
| 1      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 2      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 3      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 4      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 5      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 6      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 7      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 8      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 9      |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |
| 10     |  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | 此花区 | <input type="checkbox"/> 重症<br><input type="checkbox"/> 中等症<br><input type="checkbox"/> 軽症 |         |    |

※「備考」は、転送医療機関名、死亡等を記入すること

## 災害診療記録2018 外傷版(初期評価)(表面)

|  |                        |  |                                      |   |
|--|------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 氏名   | 氏名不詳の場合個人特定に役立つ状況情報を記載 | 生年月日   | 年齢不詳の場合は推定年齢<br>M T S H R<br>年 月 日 歳 | 男女  |
| <b>A 気道</b><br><input type="checkbox"/> 気道の異常あり( <input type="checkbox"/> ゴロゴロ音 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄)→裏面「A 気道の異常」項目へ<br><input type="checkbox"/> 気道開通(正常な発語あり)→下記「B 呼吸」項目へ  |                        |  |                                      |   |
| <b>B 呼吸</b> SpO2 % 呼吸数 回/分<br>努力様呼吸 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 呼吸音の呼吸差 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右>左 <input type="checkbox"/> 右<左)<br>皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>⇒ 異常がなければC項へ、異常があれば次ページ「B・Cの異常」項目へ  |                        |  |                                      |   |
| <b>C 循環</b> 心拍数 回/分 血圧 / mmHg<br>ショックの兆候 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 脈の異常)<br>活動性出血 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 所見なし( <input type="checkbox"/> 心嚢 <input type="checkbox"/> モリソン病 <input type="checkbox"/> 脾周囲 <input type="checkbox"/> ダグラス窩<br><input type="checkbox"/> 右胸腔 <input type="checkbox"/> 左胸腔)<br>胸部X線写真 血胸・気胸 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側)<br>骨盤X線写真 不安定型骨盤骨折 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>⇒ 異常なければD項へ、異常があれば次ページ「Cの異常」項目へ |                        |  |                                      |   |
| <b>D 中枢神経の機能障害</b><br>意識レベル(GCS) E V M 合計  |                        |  |                                      |   |
| E 4 開眼している<br>3 呼びかけで開眼する<br>2 刺激で開眼する<br>1 何をしても開眼しない   |                        | V 5 時・場所・人を正確に言える<br>4 混乱した会話<br>3 不適當な単語<br>2 無意味な発言<br>1 発声なし又は挿管中 |                                      | M 6 命令に応じる<br>5 痛み刺激を払いのける<br>4 痛みに手足を引っ込める<br>3 上肢の異常屈曲<br>2 四肢の異常伸展<br>1 全く動かない |
| 瞳孔径(右 mm 左 mm) 対光反射(右 左 ) 片麻痺( <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有)<br>「切迫するD」 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> GCS8点以下、 <input type="checkbox"/> 観察中にGCSで2点以上の低下、 <input type="checkbox"/> 瞳孔不同、<br><input type="checkbox"/> 片麻痺、 <input type="checkbox"/> クッシング徴候)<br>⇒ 異常なければ下記E候へ、異常あれば次ページのD項へ  |                        |  |                                      |   |
| <b>E 保存と脱衣</b> 体温 °C<br>保温に努め、全身観察 外傷(身体所見)の評価   |                        |  |                                      |   |
| Cr圧挫症候群 <input type="checkbox"/> 無/有( <input type="checkbox"/> 四肢の狭圧、 <input type="checkbox"/> 麻痺、 <input type="checkbox"/> 感覚障害、 <input type="checkbox"/> ポートワイン尿、 <input type="checkbox"/> 高カリウム血症、<br><input type="checkbox"/> 心電図異常)   |                        |  |                                      |   |

メディカルID=西暦生年月日8桁+氏名カタカナ上位7桁

(例)1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ ⇒19650303Mコノハナタロウ

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



災害診療記録2018 外傷版（初期評価）（裏面）

**A 気道の異常**  
口腔内吸引     エアウェイ  
期間挿管 （挿管チューブ 内径          mm          cm固定          カフ          m l）  
輪状甲状靱帯切開 （気切チューブ 内径          mm          カフ          m l）

**B・Cの異常**  
酸素投与（          L/分）  
胸腔ドレナージ（右    左    両側    サイズ          Fr    吸引圧          cmH20）  
気管挿管 （挿管チューブ 内径          mm          cm固定          カフ          m l）

**Cの異常**  
圧迫止血    細胞外液輸液    心臓図モニター  
心嚢穿刺・切開ドレナージ    胸部X線撮影    骨盤X線撮影  
骨盤シーツラッピング    TAE    外科的治療    四肢の循環障害

**Dの異常**  
酸素投与（          L/分）  
気管挿管 （挿管チューブ 内径          mm          cm固定          カフ          m l）  
頭部CT検査

**その他の処置**  
抹消ルート①（          G    右    左    上肢    下肢）②（          G    右    左    上肢    下肢）  
NGチューブ（          Fr          cm固定）          尿道バルーンカテーテル          Fr  
動脈ライン（右    左    上肢    下肢）    末梢血検査    血液ガス分析  
創傷処置（          ）  
投薬薬物（          ）

**受傷機転**

**傷病分類**

- 頭頸部（頭部外傷    頸部外傷    頸椎・頸髄損傷）  
顔面（骨折    眼損傷    耳損傷    鼻出血    口腔損傷）  
胸部（フレイルチェスト    肋骨骨折（多発）    血胸    気胸）  
腹部（腹腔内出血    腹膜炎（腹部反跳痛    筋性防御）    腎・尿路損傷（肉眼的血尿））  
四肢と骨盤（両側大腿骨骨折    開放性骨折    脱臼    切断    骨盤骨折（不安定型））  
体表（剥皮創    穿通創    挫創    熱傷（Ⅱ度    Ⅲ度    面積          %    気道熱傷有）  
圧挫症候群    胸・腰椎（髄）損傷    低体温    汚染（化学物質    放射線）  
その他の傷病名（身体所見）（          ）

**必要な治療・措置**

- 外科的治療（緊急手術を要す    待機的手術を要す）    輸血    動脈塞栓術（TAE）  
創外固定    直達牽引    創傷処置    除染（化学物質    放射性物質）  
破傷風トキソイド    抗破傷風免疫グロブリン  
その他

**診断・特記事項等（自由記載）**

メディカルID=西暦生年月日8桁+氏名カタカナ上位7桁  
 (例) 1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ⇒19650303Mコノハナタロウ

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

災害診療記録2018 一般診療版

※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)   | <small>最初の7文字をメディカルIDに転記</small>  |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| (漢字等)  | <small>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</small>   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| ※生年月日・年齢   | 西暦  | 明治・大正・昭和・平成・令和 | 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   | マイナンバーカード番号    | 記号 | 番号 |   |     |   |                             |   |   |
| 【携帯】電話番号   |   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| ※住所  | 自宅：此花区  |                |    |    | 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】<br><input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 禁忌食物  |   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| 【特記事項（常用薬等）】<br><input type="checkbox"/> 抗血小板薬 ( )<br><input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> ワーファリン ( )<br><input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経口薬 ( )<br><input type="checkbox"/> ステロイド ( )<br><input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 透析<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (HOT)<br><input type="checkbox"/> 災害時要配慮者： <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 日本語が不自由 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| 【要保護者】 <input type="checkbox"/> 支援者のいない要保護者等 該当状況： <input type="checkbox"/> 身体的 / <input type="checkbox"/> 精神的 / <input type="checkbox"/> 社会的 / <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| ※傷病名   | ※開始   | 診療場所           |    |    | ※所属・医師サイン   |     |   |                             |   |   |
|  | 年 月 日   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
|  | 年 月 日   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
|  | 年 月 日   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
|  | 年 月 日   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| 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： |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| <small>メディカルID＝西暦生年月日8桁＋氏名カタカナ上位7桁 (例)1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ ⇒19650303Mコノハナタロウ</small>  |   |                |    |    |   |     |   |                             |   |   |
| メディカルID  |   |                |    |    |   |     |   |                             | M | F |

| 患者氏名<br>(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                   |   |   |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| 一般資料版 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<br>診                  | バイタルサイン                  | 意識障害：☐無 ☐有 呼吸数： /min  |   |
| Demographics                  | 年齢                       | 歳                        |                          | /                        | /                        | 血圧： / mmHg               | 体温： °C  |   |
|                               |                          | ☐0歳 ☐1~14歳 ☐15~64歳 ☐65歳~ |                          |                          |                          | 脈拍： /min 要・不要            |   |   |
|                               | 性別・<br>受診<br>区分          | 1                        | <input type="checkbox"/> | 男性                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 身長・体重   | 身長： cm 体重： /kg  |
|                               |                          | 2                        | <input type="checkbox"/> | 女性（妊婦なし）                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   | 既往症   |
|                               |                          | 3                        | <input type="checkbox"/> | 女性（妊婦あり）                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 予防接種  |   |
| 4                             |                          | <input type="checkbox"/> | 中等症（トリアージ黄色）以上           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 予防接種                     |   | <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 今期インフルエンザ |
| 5                             | <input type="checkbox"/> | 再診患者                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他（ ） |   |
| Health Events                 | 外傷・<br>環境<br>障害          | 6                        | <input type="checkbox"/> | 頭部・脊椎の重症外傷（PAT赤）         |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 主 訴   |
|                               |                          | 7                        | <input type="checkbox"/> | 体幹の重症外傷（PAT 赤）           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 8                        | <input type="checkbox"/> | 四肢の重症外傷（PAT 赤）           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 9                        | <input type="checkbox"/> | 中等症外傷（PAT赤以外・入院必要）       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 10                       | <input type="checkbox"/> | 軽症外傷（外来処置のみで加療可）         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 11                       | <input type="checkbox"/> | 創傷                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 12                       | <input type="checkbox"/> | 骨折                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 13                       | <input type="checkbox"/> | 熱傷                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 14                       | <input type="checkbox"/> | 溺水                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 15                       | <input type="checkbox"/> | クラッシュ症候群                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 16                       | <input type="checkbox"/> | 発熱                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 17                       | <input type="checkbox"/> | 急性呼吸器感染症                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 18                       | <input type="checkbox"/> | 消火器感染症・食中毒               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 19                       | <input type="checkbox"/> | 麻疹疑い                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 20                       | <input type="checkbox"/> | 破傷風疑い                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               | 21                       | <input type="checkbox"/> | 急性血性下痢症                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 22                       | <input type="checkbox"/> | 緊急の感染症対応ニーズ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 高度<br>医療                 | 23                       | <input type="checkbox"/> | 人口透析ニーズ                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 診 断   |   |
|                               |                          | 24                       | <input type="checkbox"/> | 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 25                       | <input type="checkbox"/> | 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               | 精神                       | 26                       | <input type="checkbox"/> | 災害ストレス関連諸症状              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 処 置   | ☐無 ☐有   |
|                               |                          | 27                       | <input type="checkbox"/> | 緊急のメンタル・ケアニーズ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               | その他                      | 28                       | <input type="checkbox"/> | 深部静脈血栓症/肺動脈血栓症疑い         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 処 方   | ☐無 ☐有   |
|                               |                          | 29                       | <input type="checkbox"/> | 高血圧状態                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 30                       | <input type="checkbox"/> | 気管支喘息発作                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 31                       | <input type="checkbox"/> | 緊急の産科支援ニーズ               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 32                       | <input type="checkbox"/> | 皮膚疾患（外傷・熱傷以外）            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 33                            |                          | <input type="checkbox"/> | 掲載以外の疾病                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
| 34                            |                          | <input type="checkbox"/> | 緊急の栄養支援ニーズ               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
| 公衆<br>衛生                      | 35                       | <input type="checkbox"/> | 緊急の介護/看護ケアニーズ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 処 方                      | ☐無 ☐有   |   |
|                               | 36                       | <input type="checkbox"/> | 緊急の飲料水・食料支援ニーズ           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 37                       | <input type="checkbox"/> | 治療中断                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 38                       | <input type="checkbox"/> | 高度要処置（全身麻酔・入院必要）         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
| Procedure & Outcome           | 実施<br>処置                 | 39                       | <input type="checkbox"/> | 高度外科処置（場合・アブドミナル）        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 転 帰   | ☐帰宅<br><br>☐搬送 →搬送手段<br>搬送機関<br>搬送先<br><br>☐紹介 →紹介先<br><br>☐死亡 →場所<br>時刻<br>確認者             |
|                               |                          | 40                       | <input type="checkbox"/> | 四肢切断（指切断除く）              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 41                       | <input type="checkbox"/> | 出産・帝王切開・その他産科処置          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               | 転帰                       | 42                       | <input type="checkbox"/> | 医療フォロー不要（再診不要）           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 43                       | <input type="checkbox"/> | 医療フォロー必要（再診指示）           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 44                       | <input type="checkbox"/> | 紹介（紹介状作成等）               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 45                       | <input type="checkbox"/> | 搬送（搬送調整実施等）              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 46                       | <input type="checkbox"/> | 入院（自施設）                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 47                       | <input type="checkbox"/> | 患者自身による診療継続拒否            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 48                       | <input type="checkbox"/> | 受診時死亡                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 49                       | <input type="checkbox"/> | 加療中の死亡                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 50                       | <input type="checkbox"/> | 長期リハビリテーションの必要性          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| Context                       | 関連性                      | 51                       | <input type="checkbox"/> | 直接的関連あり（災害による外傷等）        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 対応者署名<br>（判読でき<br>る文字で記<br>載）   | 所属（チーム名等） 医師 看護師  |
|                               |                          | 52                       | <input type="checkbox"/> | 間接的（環境変化による健康障害）         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 53                       | <input type="checkbox"/> | 関連なし（慢性疾患等・診断未判別）        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               | 保護                       | 54                       | <input type="checkbox"/> | 保護を要する小児（孤児等）            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 55                       | <input type="checkbox"/> | 保護を要する成人高齢者              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
|                               |                          | 56                       | <input type="checkbox"/> | 性暴力                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 追加<br>症候群                     | 57                       | <input type="checkbox"/> | 暴力（性暴力以外）                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 58                       | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
|                               | 59                       | <input type="checkbox"/> |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |   |   |
| <メモ>                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |   |   |
| ※追加症候群は、保険医療調整本部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+氏名カタカナ上位7桁（例）1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ ⇒19650303Mコノハナタロウ

| メディカルID |  |  |  |  |  |  |  | M | F |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|
|         |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |  |  |  |

|                |                        |      |                   |
|----------------|------------------------|------|-------------------|
| 患者氏名<br>(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<br>(4度目受診以降) | 処置・処方 | ・診察場所<br>・所属<br>・医師等サイン |
|----|----|---------------------------|-------|-------------------------|
|    |    |                           |       |                         |

メディカルID＝西暦生年月日8桁＋氏名カタカナ上位7桁 (例) 1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ ⇒19650303Mコノハナタロウ

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

|                |                        |      |                   |
|----------------|------------------------|------|-------------------|
| 患者氏名<br>(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 |
| 明治45年 | 1912 |
| 大正元年  | 1912 |
| 大正5年  | 1916 |
| 大正10年 | 1921 |
| 昭和元年  | 1928 |
| 昭和10年 | 1935 |
| 昭和15年 | 1940 |
| 昭和20年 | 1945 |
| 昭和25年 | 1950 |
| 昭和30年 | 1955 |
| 昭和35年 | 1960 |
| 昭和40年 | 1965 |
| 昭和45年 | 1970 |
| 昭和50年 | 1975 |
| 昭和55年 | 1980 |
| 昭和60年 | 1985 |
| 昭和64年 | 1989 |
| 平成元年  | 1989 |
| 平成5年  | 1993 |
| 平成10年 | 1998 |
| 平成15年 | 2003 |
| 平成20年 | 2008 |
| 平成25年 | 2013 |
| 平成31年 | 2019 |
| 令和元年  | 2019 |

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

メディカルID=西暦生年月日8桁+氏名カタカナ上位7桁 (例)1965年03月03日生まれ 男性 コノハナタロウ ⇒19650303Mコノハナタロウ

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| メディカルID |  |  |  |  |  |  |  |  | M |  |  |  |  |  |  |  |  | F |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|