



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

＜メモ＞

\*追加症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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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
----------------	-------------------------	------

日時	所見	J-SPEED 該当 3-14 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----