

**\* 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
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

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

<b>患者氏名 (カタカナ)</b>	* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載	<b>医師氏名</b>	* 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									M F							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

