



<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>初診医師氏名</b>
------------------------	-------------------------	---------------

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

＜メモ＞

\*追加症候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

メディカル ID	M	F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<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 = 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							
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--

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

年号	西暦
明治40年	1907
45年	1912
大正元年	1912
5年	1916
10年	1921
15年	1926
昭和元年	1926
5年	1930
10年	1935
15年	1940
20年	1945
25年	1950
30年	1955
35年	1960
40年	1965
45年	1970
50年	1975
55年	1980
60年	1985
64年	1989
平成元年	1989
5年	1993
10年	1998
15年	2003
20年	2008
25年	2013
31年	2019
新年号元年	2019

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 外傷版（緊急処置と外傷評価）（裏）

改訂日：2018/10/31

項目は、および必要記入項目です。

A 気道の異常

- 口腔内吸引 エアウェイ
- 気管挿管（挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml）
- 輪状甲状靭帯切開（気切チューブ 内径 mm カフ ml）

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 cmH2O）
- 気管挿管（挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml）
- 人工呼吸（F<sub>I</sub>O<sub>2</sub> TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O）

Cの異常

- 圧迫止血 細胞外液輸液 心電図モニター
- 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 ml）
- 頭部CT検査

その他の処置

- 末梢ルート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（ )
- 投与薬物（ )

受傷機転

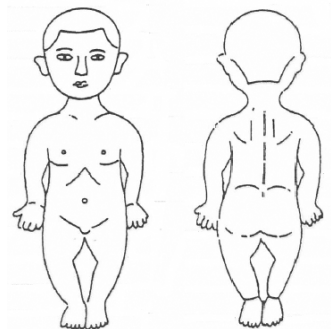
傷病分類 頭頸部（頭部外傷 頸部外傷 頸椎・頸髄損傷）

- 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・処置

- 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＋性別＋氏名カタカナ上位7桁 例)1950年09月08日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ⇒ 19500908Mトヨトミヒデヨ

メディカルID

M  
E

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 ☐ 0歳 ☐ 1~14歳 ☐ 15~64歳 ☐ 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 年 月 日			
属性	3 <input type="checkbox"/> 支援者	住所				
対応した場所	4 <input type="checkbox"/> 避難所	避難所・救護所名				
	5 <input type="checkbox"/> 病院・救護所					
	6 <input type="checkbox"/> 自宅					
	7 <input type="checkbox"/> その他					
精神的健康状態	本人の訴え	8 <input type="checkbox"/> 眠れない	[携帯]電話番号			
		9 <input type="checkbox"/> 不安だ	既往精神疾患	☐ あり ( ) ☐ なし ☐ 不明		
		10 <input type="checkbox"/> 災害場面が目につく		内服薬		
		11 <input type="checkbox"/> ゆうつだ	生活歴			
		12 <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い		被災状況： ☐ 家族・友人の死亡・行方不明 ☐ 自身の負傷 ☐ 家屋の損壊または浸水 家 族： ☐ あり ☐ なし		
		13 <input type="checkbox"/> 死にたくなる	現病歴			
		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					
	17 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない					
	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					
	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					
	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	現症			
		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						
必要な支援	40 <input type="checkbox"/> 精神医療	対応・引継(処方内容含む)				
	41 <input type="checkbox"/> 身体医療					
	42 <input type="checkbox"/> 保健・福祉・介護					
対応	43 <input type="checkbox"/> 地域・職場・家庭等での対応					
	44 <input type="checkbox"/> 処方					
	45 <input type="checkbox"/> 入院・入所					
転帰	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					
	48 <input type="checkbox"/> 支援継続					
災害と精神的健康状態の関連(医師による判断)	49 <input type="checkbox"/> 支援終了					
	50 <input type="checkbox"/> 直接的関連					
	51 <input type="checkbox"/> 間接的関連					
	52 <input type="checkbox"/> 関連なし		精神科的緊急性 ☐ あり ☐ 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	