

災害診療記録2018

* 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	
	□避難先1: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他			
	□避難先2: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □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		
---------	--------	--	--