





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

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(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	
		13 <input type="checkbox"/> 死にたくなる	家族： ☐ あり ☐ なし		
		14 <input type="checkbox"/> 周りから被害を受けている		現病歴	
		15 <input type="checkbox"/> 物忘れがある			
	16 <input type="checkbox"/> その他				
	行動上の問題	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			
	ICD分類(医師による診断)	26 <input type="checkbox"/> 酒をやめられない			
		27 <input type="checkbox"/> その他			
		28 <input type="checkbox"/> F0:認知症, 器質性精神障害			
		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				
	43 <input type="checkbox"/> 地域・職場・家庭等での対応				
対応	44 <input type="checkbox"/> 処方				
	45 <input type="checkbox"/> 入院・入所				
	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				
転帰	48 <input type="checkbox"/> 支援継続				
	49 <input type="checkbox"/> 支援終了				
災害と精神的健康状態の関連(医師による判断)	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	