

災害診療記録(精神保健医療版)

Ver.1.1 2018年10月31日

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	1 _____ 歳	相談者氏名	(フリガナ) _____							
	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1~14歳 <input type="checkbox"/> 15~64歳 <input type="checkbox"/> 65歳~									
性別	1 <input type="checkbox"/> 男	生年月日	西暦・大正・昭和・平成					年	月	日
	2 <input type="checkbox"/> 女									
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									
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	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明							
	10 <input type="checkbox"/> 災害場面が目に浮かぶ									
	11 <input type="checkbox"/> ゆうつだ	内服薬								
	12 <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い									
	13 <input type="checkbox"/> 死にたくなる	生活歴								
	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		被災状況: <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷							
	21 <input type="checkbox"/> 応答できない		<input type="checkbox"/> 家屋の損壊または浸水							
22 <input type="checkbox"/> 徘徊している	家 族: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし									
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	現病歴									
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:心理的発達の障害										
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	現症									
40 <input type="checkbox"/> 精神医療										
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										
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		対応・引継 (処方内容含む)								
47 <input type="checkbox"/> 傾聴・助言等										
48 <input type="checkbox"/> 支援継続		今回の対応者と同じ組織による支援が終了する場合、あるいは、他の支援組織の支援が継続される場合は「支援終了」に								
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	対応した医師が判断しチェックする。							
		51 <input type="checkbox"/> 間接的関連								
		52 <input type="checkbox"/> 関連なし								
必要な支援										
対応										
転帰										
精神的健康状態										
所属チーム名	基本的には、災害による新規疾病発症等を「直接的関連」、既存の疾病の増悪等を「間接的関連」としてチェックする。ただし、対応した医師による判断にて決定してよい。		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										
				M	F					