

様式集

共通様式 1	EMIS 代行入力依頼書（緊急時入力）
共通様式 2	EMIS 代行入力依頼書（詳細入力）
共通様式 4	医療従事者等派遣要請書・応諾連絡書
共通様式 5	重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書
共通様式 5 添付様式	へり支援要請書
共通様式 6-1	緊急支援物資輸送 要請票
共通様式 8	燃料調整シート
共通様式 9	広域医療搬送適用患者報告書
様式 12	災害診療記録 2018 災害診療記録 2018 外傷版（初期評価）
様式 14-1	医薬品等供給要請書 兼 応諾連絡書
様式 14-4	緊急用医療ガス等供給要請書
様式 14-5	緊急用医療機器等供給要請書
様式 14-7	医薬品等受領書
様式 14-8	備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書
様式 14-10	血液製剤発注票

出典：高知県災害時医療救護計画（令和 5 年 7 月改訂）

EMIS 代行入力依頼書（緊急時入力）

送 信 先					
発 信 元	医療機関名		担当		
	電話番号		F A X 番号		
	メールアドレス				
日 時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ 日時	年	月	日	時	分 時点

1 医療機関機能情報（該当項目にチェックを入れてください。）

入院病棟の危険状況		
入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
入院病棟の火災	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
入院病棟の浸水	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
ライフライン・サプライ状況 (代替手段でのご使用時は、供給「無」または「不足」を選択してください。)		
電気の通常の供給	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
水の通常の供給	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
医療ガスの不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>
医薬品・衛生資機材の不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>
多数患者の受診	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
職員の不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>

2 その他（上記以外で報告が必要な情報（病院へのアクセス状況、院内で対応できない症例、医療救護活動に困難を来している理由など）があれば記入してください。） ※医療従事者・物資等の支援要請は別様式を使用。

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、災害拠点病院は県保健医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部（高知市に所在する医療機関は高知市保健医療支部）に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

E M I S 代行入力依頼書 (詳細入力)

第 報

送 信 先					
発 信 元	医療機関名		担 当		
	電話番号		F A X 番 号		
日 時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ 日時	年	月	日	時	分 時点

1 建物の危険状況 (該当項目にチェックを入れてください。) 年 月 日 時 分時点

	入院病棟	救急外来	一般外来	手術室
倒壊、又は倒壊 の恐れ	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
火災	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
浸水	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

その他 (上記以外に被害がある施設の状況を記入してください。)

2 ライフライン・サプライ状況 (該当項目にチェックを入れてください。) 年 月 日 時 分時点

電気の 使用状況	停電中 <input type="checkbox"/>	発電機 使用中 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	残り(発電機使 用中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
水道の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	井戸 使用中 <input type="checkbox"/>	貯水・給水 対応中 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	残り(貯水・給水 対応中の場合)
医療ガスの 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	供給の 見込無し <input type="checkbox"/>	供給の 見込有り <input type="checkbox"/>	残り(供給の見 込無しの場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	配管破損の有無		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	/	
食糧の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	備蓄で 対応中 <input type="checkbox"/>	通常の供給 <input type="checkbox"/>	残り(備蓄で対 応中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
医薬品の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	備蓄で 対応中 <input type="checkbox"/>	通常の供給 <input type="checkbox"/>	残り(備蓄で対 応中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
不足している医薬品 (具体的に不足している医薬品を記入してください。)					
寝台用エレベーター稼働		不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>	/	

3 医療機関の機能 (該当項目にチェックを入れてください。) 年 月 日 時 分時点

手術可否	不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>	人工透析可否	不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>
------	-----------------------------	----------------------------	--------	-----------------------------	----------------------------

発信元	医療機関名
-----	-------

4 現在の患者状況(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

発災後受け入れた患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
在院患者数(外来+入院)	重症(赤)	人	中等症(黄)	人

5 今後、転院が必要な患者数(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
	人工呼吸	人	酸素	人
			担送	人
			護送	人

6 今後、受け入れ可能な患者数(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
	人工呼吸	人	酸素	人
			担送	人
			護送	人

7 外来受付状況及び外来受付時間 年 月 日 時 分時点

外来受付状況	受付不可 <input type="checkbox"/>	救急のみ <input type="checkbox"/>	下記の通り受付
時間帯 1	時 分	~	時 分
時間帯 2	時 分	~	時 分
時間帯 3	時 分	~	時 分

8 職員数 年 月 日 時 分時点

出勤職員数	出勤医師数	人(内、DMAT隊員数	人)
	出勤看護師数	人(内、DMAT隊員数	人)
	その他出勤人数	人(内、DMAT隊員数	人)

9 その他 年 月 日 時 分時点(上記以外で報告が必要な情報(病院へのアクセス状況、院内で対応できない症例、医療救護活動に困難を来している理由など)があれば記入してください。) ※医療従事者・物資等の支援要請は別様式を使用。

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、災害拠点病院は県保健医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部(高知市に所在する医療機関は県保健医療支部(高知市支部))に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

共通様式 4

医療従事者等派遣 要請書

■機関区分 (区分の枠に番号を記入のうえ、勤務医等の搬送の場合は□にチェック) ①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県保健医療支部 ⑥県保健医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分 機関名 区分	月 日 時 分 機関名 区分	月 日 時 分 機関名 区分	月 日 時 分 機関名 区分
担当者 連絡先 ・ 電話 ・ FAX	担当者 連絡先 ・ 電話 ・ FAX	担当者 連絡先 ・ 電話 ・ FAX	担当者 連絡先 ・ 電話 ・ FAX
担当者	担当者	担当者	担当者

医師 (科)	薬剤師	看護師	看護師	その他医療職 職種	事務職員	活動場所	活動内容
				人数	人数		

医療従事者等派遣 応諾連絡書

医師 (科) 薬剤師 看護師 看護師 医療従事者所属機関	市町村派遣人員 市町村派遣人員 市町村派遣人員 市町村派遣人員 市町村派遣人員	派遣場所 派遣場所 派遣場所 派遣場所 派遣場所	派遣期間 派遣期間 派遣期間 派遣期間 派遣期間	到着予定日時 到着予定日時 到着予定日時 到着予定日時 到着予定日時
--	---	--------------------------------------	--------------------------------------	--

共通様式 5

重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書

■機関区分(区分の枠に番号を記入すること) ①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県保健医療支部 ⑥県保健医療本部 ⑦その他医療機関

月	日	時	分	月	日	時	分	月	日	時	分
機関名	区分			機関名	区分			機関名	区分		
要請				要請				要請			
担当者				担当者				担当者			
連絡先 ・電話 ・FAX				連絡先 ・電話 ・FAX				連絡先 ・電話 ・FAX			
月	日	時	分	月	日	時	分	月	日	時	分
連絡				連絡				連絡			
調整したtag. no.				調整したtag. no.				調整したtag. no.			

搬送手段の有無

備考 (※ヘリ搬送を希望する場合は、別途ヘリ支援要請書を添付)

要請元記載項目		応諾機関記載項目					
tag. no.	氏名	年齢	性別	トリアージ区分	担送・護送の別	受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	搬送手段
tag. no.	氏名	年齢	性別	トリアージ区分	担送・護送の別	受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	搬送手段
tag. no.	氏名	年齢	性別	トリアージ区分	担送・護送の別	受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	搬送手段

※必要に応じて、患者詳細情報(災害時診療記録、トリアージ・タグのコーナーなど)を添付

へり支援要請書

要請機関 (発信者)		災対本部等の名称		担当者氏名		電話番号		
要請内容 (該当番号を○で囲む)	①情報収集	目的						
		収集場所						
		収集項目	全般 住家 道路 その他 ()					
		収集手段	映像 写真 口頭 その他 ()					
		同乗者	無 有 (名)					
	代表者 (役職		氏名			()		
	②消火 ※人命危険 → 有 無	発生日時	日 時 分					
		位置情報	細部は下の「搬送元ヘリポート (LP) 等」に記入					
		周辺の状況						
		給水適地等	無 有 (場所 ()					
	③搜索救助 ※人命危険 → 有 無	位置情報	細部は下の「搬送元ヘリポート (LP) 等」に記入					
		要救助者数等	名 その他 ()					
	④救急搬送 ※人命危険 → 有 無	患者数	名					
		付き添い者	無 有 (名)					
		患者の状態、 担架の要否等	属紙「高知県災害時医療救護計画」共通様式 5 に記載して添付					
	⑤人員輸送	目的						
		人数	名					
		代表者	役職		氏名			
⑥物資輸送	品名							
	容積	高さ	c m、幅		c m、奥行き	c m		
	重量 (状態)	重量	k g (状態：箱詰、袋詰、その他			()		
使用ヘリポート (ランディングポイント)等			搬送元ヘリポート (LP) 等		⇨		搬送先ヘリポート (LP) 等	
	位置情報	ヘリポート名			ヘリポート名			
		緯度・経度 北緯 東経			緯度・経度 北緯 東経			
		UTM座標 -			UTM座標 -			
	<位置情報不明の場合> 著名な場所からの方向・距離 から の方向に m				<位置情報不明の場合> 著名な場所からの方向・距離 から の方向に m			
	特徴				特徴			
	発着予定時刻							
地上支援要員	無 有 (氏名 連絡先 Tel ()			無 有 (氏名 連絡先 Tel ()				
	無線の種類 コールサイン			無線の種類 コールサイン				
現地気象	天気	視程	m		天気	視程	m	
	風向	風速	m / s		風向	風速	m / s	

※②～④は、緊急性を判断してヘリを配当するため、人命に係るか否かを明確にして要請する。

調整所回答欄	不可 可 (運用ヘリ () 活動終了日時 日 時 分
--------	-----------------------------

緊急支援物資輸送 要請票

<p>(施設名) ※医療機関・医療救護所名</p> <p>(担当者名)</p> <p>(電話番号)</p> <p>(E-mail)</p> <p>(把握している場合: 移動系防災行政無線局番号)</p>	<p>(提出先名) ※市町村の災害対策本部</p> <p>(担当者名)</p> <p>(電話番号)</p>
	<p>提出先</p>
<p>依頼元</p>	<p>備考</p>

※手書きの場合、品目の記入は小分類だけで構いません

物資内訳 品目	数量		備考 (商品詳細、必要な人数の概要、緊急度合い、配達希望日、アレルギーの有無、要介護者等を記載)
	大分類	中分類	
1	個数	単位	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

要請元施設は「2の(1)」、「3」を記載して市町村災害対策本部に要請。市町村担当者は「1」を記載して県災害対策本部に要請。

< 1. 要請担当者 >

市町村	組織名称		電話番号	
	担当者名			

< 2. 納入先情報等 >

(1) 納入先施設	施設名称		施設番号 (注1)	
	住所	〒 -		
	燃料担当者名		電話番号	
	携帯番号			
(2) 燃料供給費用支払予定者 (注2)	平時納入業者名 (系列にチェックを入れる)	<input type="checkbox"/> 出光 <input type="checkbox"/> 太陽 <input type="checkbox"/> コスモ <input type="checkbox"/> キグナス <input type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> JXTG <input type="checkbox"/> PB・その他	電話番号	
	組織名称			
	住所	〒 -		
	担当者名		電話番号	
			FAX 番号	

(注1) 石油連盟との間で、重要施設に関する情報共有覚書を締結している場合は8桁(XXX-XXXX)の施設番号を記載。

(注2) 要請を経て供給される燃料は有償の取扱いとなるため、要請担当者と施設管理者との間で費用負担者について合意の上、記載。

< 3. 要請内容 >

品目	<input type="checkbox"/> ガソリン <input type="checkbox"/> ジェット <input type="checkbox"/> 灯油 <input type="checkbox"/> 軽油 <input type="checkbox"/> A重油 (<input type="checkbox"/> LSA/ <input type="checkbox"/> HSA) (注3)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
数量	KL	※ 2 KL 以上の要請は、「2 KL 単位」で要請すること		
荷姿	<input type="checkbox"/> ローリー (含ミニ) <input type="checkbox"/> ドラム缶 <input type="checkbox"/> 携行缶・ポリタンク <input type="checkbox"/> コンテナ			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
配送希望日	年 月 日			
(以下水色枠は上記で「ローリー (含ミニ)」を選択した場合に記載。)				
ローリーサイズ上限	<input type="checkbox"/> 14KL 以上 (KL) ・ <input type="checkbox"/> 14KL 未満 ※納入先施設の所定位置まで進入可能なタンクローリー上限サイズ(別紙)			
タンク形態	<input type="checkbox"/> 地下 <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ有) <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ無) <input type="checkbox"/> その他 ()			
タンク番号		タンク容量	KL	タンク空き容量
				KL
必要ホース長	m ※ 6 m 以上の場合は延長接続ホースの有無とその長さ (<input type="checkbox"/> 有 (m) 、 <input type="checkbox"/> 無)			
給油口規格	口径	<input type="checkbox"/> 1.5 インチ <input type="checkbox"/> 2 インチ <input type="checkbox"/> 2.5 インチ <input type="checkbox"/> 3 インチ <input type="checkbox"/> 3.5 インチ <input type="checkbox"/> 4 インチ		
		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	名称	<input type="checkbox"/> JIS (PT・PF) <input type="checkbox"/> 出光 <input type="checkbox"/> 極東 <input type="checkbox"/> 金剛 <input type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> タツノ <input type="checkbox"/> 東急 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> Mネジ <input type="checkbox"/> 旧モービル <input type="checkbox"/> 旧ゼネラル <input type="checkbox"/> 旧エッソ <input type="checkbox"/> NM-L <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> T-80 <input type="checkbox"/> T-80L <input type="checkbox"/> T-100 <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> SI-301L <input type="checkbox"/> その他 ()		
	形式	<input type="checkbox"/> 外ネジ <input type="checkbox"/> 内ネジ <input type="checkbox"/> ワンタッチ <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考※施設タンクの在庫逼迫度等				

(注3) 「A 重油」は、低硫黄 A 重油の場合は「LSA」、高硫黄 A 重油の場合は「HSA」にもチェックを入れる。

< 4. 要請処理状況 > ※本項は政府災害対策本部、資源エネルギー庁、石油業界において記載

日時	内容	所属	担当者
	要請受領	(都道府県/省庁→) 政府災害対策本部	
	要請受領	(政府災害対策本部→) 資源エネルギー庁	
	要請受領	(資源エネルギー庁→) 石油連盟/全石連	
	要請受領・仕分開始①	石油連盟 (対元売) / 全石連 (対県石、石商、役員等)	
	要請受領・仕分開始②	県石 (対販売業者)	
	要請仕分報告	石油連盟/全石連 (→資源エネルギー庁)	
	運送事業者報告	石油連盟/全石連 (→資源エネルギー庁)	

< 5. 配送手配状況 > ※本項は石油業界において記載

燃料提供者 (元売)	事業者名		支店/部署名	
燃料提供者 (特約店・販売店)	事業者名		支店/部署名	
輸送事業者	事業者名			
配送車両・予定	車番		ドライバー名	
	配送予定日			

【別紙】

・ローリーサイズ上限について

荷卸しのために施設内の燃料タンク前の所定位置まで進入できるタンクローリーサイズの上限を記入してください。

石油元売会社が使用するタンクローリーのサイズは、小さいもので 14KL 積から最大で 28KL 積までサイズが分かれています。詳細は下表を参照してください。

表 石油元売会社が使用するタンクローリーのおおよそのサイズ（積載量別）

積載量	所要占有幅	全長	全高	全幅
14 kℓ	約6m	約9m	約3m	約 2.5m
16 kℓ	約6m	約 9.5m	約3m	約 2.5m
20kℓ	約 7.5m	約 12m	約3m	約 2.5m
新型 24kℓ	約 7.5m	約 12.5m	約3m	約 2.5m
24kℓ	約8m	約 14m	約3m	約 2.5m
26kℓ	約9m	約 15m	約3m	約 2.5m
28kℓ	約9m	約 16m	約3m	約 2.5m

※ 車両メーカーにより若干規格は異なります。

※ 所要占有幅とは、タンクローリーが 90 度旋回する際に、必要となる幅です。例えば 26KL 積ローリーの場合、車体の全幅は 2.5m でも、旋回する際は直径 9m の道路幅が必要となります。

※ 「新型 24 KL」とは従来の 24 KL 積ローリーより小型化した新しい規格のタンクローリーです。従って、24 KL 積ローリーは 2 種類存在しますが、燃料調整シートには数字のみを入力し、車長の短い「新型」に限定される場合はその旨備考欄に記入してください。

広域医療搬送適用患者報告書	
発信元	医療機関名 担当
	電話番号 FAX番号
	メールアドレス
日 時	年 月 日 時 分

患者情報記載欄								
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数

※添付可能であれば、広域医療搬送カルテを添付

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	2018
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（初期評価）（表）

*項目は、☑および必要記入項目です。

改訂日：2018/10/31

*氏名	*氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載	*生年月日 年齢	性別	*年齢不詳の場合は推定年齢	M T S H 年 月 日 歳	男 女																		
<p>A 気道 <input type="checkbox"/>気道の異常有り(☐ゴロゴロ音 ☐閉塞 ☐狭窄)→次ページ「A 気道の異常」項目へ <input type="checkbox"/>気道開通(正常な発語あり)→下記「B 呼吸」項目へ</p>																								
<p>B 呼吸 SpO2 % 呼吸数 回/分</p> <p>努力様呼吸 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 呼吸音の左右差 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐右>左 ☐右<左) 皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐右 ☐左 ☐両側) 陥没呼吸 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有</p> <p>➔ 異常なければC項へ、異常あれば次ページ「B・Cの異常」項目へ</p>																								
<p>C 循環 心拍数 回/分 血圧 / mmHg</p> <p>ショックの徴候 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐冷汗 ☐血圧低下 ☐脈の異常) 活動性出血 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/>所見なし</p> <p style="text-align: center;">所見有り(☐心嚢 ☐モリソン窩 ☐脾周囲 ☐ダグラス窩 ☐右胸腔 ☐左胸腔)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>胸部X線写真 血胸・気胸 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐右 ☐左 ☐両側) 骨盤X線写真 不安定型骨盤骨折 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有</p> </div> <p>➔ 異常なければD項へ、異常あれば次ページ「Cの異常」項目へ</p>																								
<p>D 中枢神経の機能障害</p> <p>意識レベル(GCS) E V M 合計 _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 33%;">E 4 開眼している</td> <td style="width: 33%;">V 5 時・場所・人を正確に言える</td> <td style="width: 33%;">M 6 命令に応じる</td> </tr> <tr> <td>3 呼びかけで開眼する</td> <td>4 混乱した会話</td> <td>5 痛み刺激を払いのける</td> </tr> <tr> <td>2 刺激で開眼する</td> <td>3 不適当な単語</td> <td>4 痛みに手足を引っ込める</td> </tr> <tr> <td>1 何をしても開眼しない</td> <td>2 無意味な発言</td> <td>3 上肢の異常屈曲</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 発声なし又は挿管中</td> <td>2 四肢の異常伸展</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1 全く動かない</td> </tr> </table> <p>瞳孔径(右 mm 左 mm) 対光反射(右 左) 片麻痺(<input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有)</p> <p>「切迫するD」 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐GCS 8点以下、☐観察中にGCSで2点以上の低下、☐瞳孔不同、 <input type="checkbox"/>片麻痺、☐クッシング徴候)</p> <p>➔ 異常なければ下記E項へ、異常あれば次ページのD項へ</p>							E 4 開眼している	V 5 時・場所・人を正確に言える	M 6 命令に応じる	3 呼びかけで開眼する	4 混乱した会話	5 痛み刺激を払いのける	2 刺激で開眼する	3 不適当な単語	4 痛みに手足を引っ込める	1 何をしても開眼しない	2 無意味な発言	3 上肢の異常屈曲		1 発声なし又は挿管中	2 四肢の異常伸展			1 全く動かない
E 4 開眼している	V 5 時・場所・人を正確に言える	M 6 命令に応じる																						
3 呼びかけで開眼する	4 混乱した会話	5 痛み刺激を払いのける																						
2 刺激で開眼する	3 不適当な単語	4 痛みに手足を引っ込める																						
1 何をしても開眼しない	2 無意味な発言	3 上肢の異常屈曲																						
	1 発声なし又は挿管中	2 四肢の異常伸展																						
		1 全く動かない																						
<p>E 保温と脱衣 体温 °C</p> <p>保温に努め、全身観察 外傷(身体所見)の評価</p>																								
<p>Cr 圧挫症候群 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有(☐四肢の狭圧、☐麻痺、☐感覚障害、☐ポートワイン尿、☐高カリウム血症、 <input type="checkbox"/>心電図異常)</p>																								
<p>特記事項等(自由記載)</p>																								
<p>確認時刻 月 日 時 分</p>																								
<p>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 トヨミヒデヨシ⇒ 19500908Mtヨミヒデヨ</p>																								
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_IO₂ 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

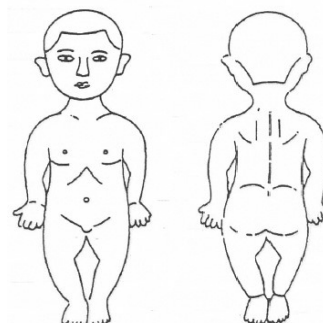
傷病分類 頭頸部(☐頭部外傷 ☐頸部外傷 ☐頸椎・頸髄損傷)

- 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 トヨミヒデヨシ⇒ 19500908Mトヨミヒデヨ

メディカルID

M
F

医薬品等供給要請書 兼 応諾連絡書

■機関区分(区分の枠に番号を記入すること)

①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県保健医療支部 ⑥県保健医療本部 ⑦その他医療機関

月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
担当者	担当者	担当者	担当者
機関名 区分	機関名 区分	機関名 区分	機関名 区分
月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
担当者	担当者	担当者	担当者

要請元記入欄

受渡し希望場所 (可能場所全てに✓すること)	<input type="checkbox"/> 要請機関 <input type="checkbox"/> 市町村災害対策本部 <input type="checkbox"/> 管轄福祉保健所 <input type="checkbox"/> その他 ()
受渡し場所周辺の被災状況	<input type="checkbox"/> 車両通行に支障なし <input type="checkbox"/> 通行不能道路あり ()
連絡先 (通信手段・連絡先など)	

(要請) 要請医薬品等				(応諾) 供給医薬品等 ※供給可能量を記入			
製品名(一般名)	規格	数量	同効薬へ変更 (○×)	④市町村	⑤県保健医療支部	⑥県保健医療本部	その他備考 (同効薬名等)
供給元記入欄	受渡し場所(※1)						
	供給予定日時						

※1受渡し場所 ①要請機関 ②市町村災害対策本部 ③管轄福祉保健所
(供給元記入) ④その他(具体的場所))

<p>●市町村災害対策本部 市町村 〔 〕 受信 月 日 時 分 発信 月 日 時 分 担当者</p>	<p>●県保健医療支部 支部名 〔 〕 受信 月 日 時 分 発信 月 日 時 分 担当者</p>	<p>●県保健医療本部 受信 月 日 時 分 担当者名</p>
---	---	---

緊急用医療ガス等供給要請書

日本産業・医療ガス協会四国地域本部
医療ガス部門高知県支部長 様

要請番号 第 号
発信日 年 月 日
発信時刻 時 分
高知県保健医療調整本部長
(担当者)

* 要請番号等は県保健医療本部が記入

「災害時における医療ガス等の供給に関する協定書」に基づき、下記のとおり医療ガス等の供給を要請します。

記

1 供給先

名称

所在地

供給先担当者：

TEL：

FAX：

2 必要な医療ガス等

品名	規格等	数量	備考

3 受渡場所（該当事項を○で囲み必要事項を記入）

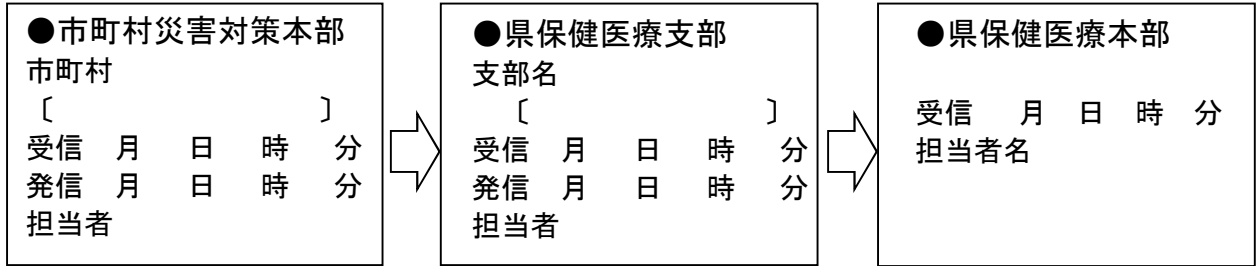
① () での受領が可能

② 供給先施設以外での受領は困難

③ その他 ()

(注) 供給先、品名、受領場所を記入し市町村災害対策本部等にFAX送信してください。

様式14-5



緊急用医療機器等供給要請書

高知県医療機器販売業協会会長 様

要請番号 第 号
発信日 年 月 日
発信時刻 時 分
高知県保健医療調整本部長
(担当者)

* 要請番号等は県保健医療本部が記入

「災害時における医療機器等の供給に関する協定書」に基づき、下記のとおり医療機器等の供給を要請します。

記

- 1 供給先
名称
所在地

供給先担当者： TEL： FAX：

2 必要な医療機器等

品名	規格等	数量	備考

3 受渡場所 (該当事項を○で囲み必要事項を記入)

- ① () での受領が可能
② 供給先施設以外での受領は困難
③ その他 ()

(注) 供給先、品名、受領場所を記入し市町村災害対策本部等にFAX送信してください。

医薬品等受領書

年 月 日

様

長

下記医薬品等を受領しました。

1 受領医薬品等

品名	規格等	数量	備考

2 受領日時及び場所

受領日時 年 月 日 時 分

受領場所

受領者サイン

発信機関・担当者 		送信先
------------------	--	-------------

備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書

一般名（成分名）		規格	包装単位	月 日 時現在	
				自己使用量	在庫量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

血液製剤発注票

No. _____

高知県赤十字血液センター御中

(発注日 年 月 日)

医療機関
コードNo. **39-** _____

納品日 年 月 日

医療機関名

発注者名 ()

納品時間

TEL

FAX

1 定期便 (AM ・ PM)

2 その他 (時までに)

3 緊急サイレン (有 ・ 無)

製剤の種類

規格

(赤血球製剤)

(血小板製剤)

- ・ I r - R B C - L R (赤血球液)
- ・ I r - B E T - L R (合成血液)
- ・ I r - W R C - L R (洗浄赤血球液)
- ・ I r - F T R C - L R (解凍赤血球液)
- ・ I r - P C - L R (濃厚血小板)
- (血漿製剤)**
- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 120
- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 240
- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 480

RBC 200m L 由来	...	1
RBC 400m L 由来	...	2
PC 成分由来10単位	...	10
F F P - L R 120	...	120
F F P - L R 240	...	240
F F P - L R 480	...	480

※ 上記以外の製剤については、別途ご相談ください。

製剤名	規格	A B O 式	R h 式	本数	科名・イニシャル等 特記事項	受注番号	出庫確認		梱包 確認者	配送者
							A	B		

(抗体等を有する場合は科名、患者イニシャル、抗体名をご記入下さい。)

受注日時 年 月 日 :		
受注者	受注入力者	受注入力確認者