

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	初診医師氏名
----------------	-------------------------	--------

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: □無・□有		呼吸数: / min		
初診日	西暦 年 月 日	再診日	再診	血圧: / mmHg	体温: °C	脈拍: / min	整・不整	
年齢	歳	性別	再診	身長: cm	体重: / kg			
Demographics	<input type="checkbox"/> 0 歳, <input type="checkbox"/> 1-14 歳, <input type="checkbox"/> 15-64 歳, <input type="checkbox"/> 65 歳- <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"/> 中等症(トリアージ黄色)以上 <input checked="" type="checkbox"/> 再診患者	身長・体重	既往症	予防接種	主訴			
外傷・環境障害	<input type="checkbox"/> 頭頸・脊椎の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 体幹の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 四肢の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 中等症外傷 (PAT 赤以外・入院必要) <input type="checkbox"/> 軽症外傷 (外来処置のみで加療可) <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> クラッシュ症候群 <input type="checkbox"/> 発熱	現病歴 (日本語で記載)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 <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()	<input type="checkbox"/> 頭頸・脊椎の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 体幹の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 四肢の重症外傷 (PAT 赤) <input type="checkbox"/> 中等症外傷 (PAT 赤以外・入院必要) <input type="checkbox"/> 軽症外傷 (外来処置のみで加療可) <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> クラッシュ症候群 <input type="checkbox"/> 発熱	<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)			
Health Events	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹疑い <input type="checkbox"/> 破傷風疑い <input type="checkbox"/> 急性血性下痢症 <input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ <input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹疑い <input type="checkbox"/> 破傷風疑い <input type="checkbox"/> 急性血性下痢症 <input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ <input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹疑い <input type="checkbox"/> 破傷風疑い <input type="checkbox"/> 急性血性下痢症 <input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ <input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹疑い <input type="checkbox"/> 破傷風疑い <input type="checkbox"/> 急性血性下痢症 <input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ <input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒 <input type="checkbox"/> 麻疹疑い <input type="checkbox"/> 破傷風疑い <input type="checkbox"/> 急性血性下痢症 <input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ <input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ <input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ <input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状 <input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い <input type="checkbox"/> 高血圧状態 <input type="checkbox"/> 気管支喘息発作 <input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ <input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外) <input type="checkbox"/> 掲載以外の疾病 <input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ <input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ <input type="checkbox"/> 治療中断	
Procedure & Outcome	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要) <input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等) <input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く) <input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置 <input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要) <input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示) <input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等) <input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等) <input type="checkbox"/> 入院(自施設) <input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否 <input type="checkbox"/> 受診時死亡 <input type="checkbox"/> 加療中の死亡 <input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性	
Context	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等) <input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害) <input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断) <input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等) <input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外) <input type="checkbox"/> 追加情報
対応者署名 (判読できる文字で記載)		所属(チーム名等)	医師	看護師				
		薬剤師	業務調整員	その他	データ入力			

＜メモ＞

*追加情報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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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
----------------	-------------------------	------

日時	所見	J-SPEED 該当 3-14 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----