

医療搬送カルテ(災害時診療情報提供書)

患者氏名: _____
 性別: M F 年齢 歳 (年 月 日生)
 緊急連絡先: _____
 家族氏名: _____ (続柄) _____ 連絡 済・未

最初の出発地: _____ 病院・センター
 出発日時: _____ 月 日 時 分

備考:緊急度: A > B

医療搬送を考慮すべき内因性病態例

- 集中治療管理が必要な病態、手術など侵襲的処置が必要な病態
- A } 気管挿管人工呼吸
 - ARDS, 重症肺炎
 - 開胸、開腹術後
 - B 呼吸不全
 - 肺塞栓
 - 自然気胸
 - C ショック
 - ACS
 - 腸閉塞
 - カテコラミンや機械によるサポート
 - Sepsis
 - 進行悪性腫瘍
 - 急性中毒
 - 腹膜炎
 - 大動脈解離
 - D
 - 急性脳梗塞、脳出血、SAH
 - 脳炎、髄膜炎

医療搬送を考慮すべき外傷病態

- 頭部・体幹・四肢外傷
- A } 気管挿管人工呼吸
 - 気道内出血
 - B } 胸腔ドレナージ
 - 大量気漏
 - 大量血胸(500ml以上)
 - C FAST
 - 心嚢液貯溜
 - 腹腔内液体貯溜
 - 骨盤X-P
 - 骨盤骨折(不安定型)
 - 安定型(ショック+)
 - 安定型骨盤骨折(止血治療必要)
 - D
 - GCS ≤ 13で意識レベルの悪化傾向
 - 瞳孔不同
 - 片麻痺
 - 頭蓋骨開放骨折
 - 急性硬膜外血腫
 - 脳挫傷が主体でない急性硬膜下血腫
 - 中硬膜動脈や静脈洞を横切る骨折
 - 腹部刺激症状
 - 大動脈損傷
 - 気管支支損傷
 - 横隔膜損傷
 - 多重長幹骨骨折
 - 重症軟部組織損傷
 - 頭部CTで脳損傷
 - GCS ≤ 13
 - 出血素因を持つ頭部外傷
 - 気管挿管を要する頭部外傷
 - 頭蓋底骨折
- 圧挫症候群 輸液1L後 利尿なし:A 利尿あり:B
- 広範囲熱傷 (20 ≤ 熱傷指数(BI) ≤ 50)

病名(疑いを含む)

現病歴

既往歴・アレルギー・内服

家族情報

出発地・(時刻)	(搬送手段)	到着地・(時刻)
(時 分) ⇒ (時 分)	⇒	(時 分)
(時 分) ⇒ (時 分)	⇒	(時 分)
(時 分) ⇒ (時 分)	⇒	(時 分)
(時 分) ⇒ (時 分)	⇒	(時 分)

- 使用資器材
- ・生体モニター
 - ・人工呼吸器
 - ・酸素
 - ・点滴
 - ・輸液ポンプ
 - ・シリンジポンプ

広域医療搬送時には以下をチェック

搬送可能か?	“広域医療不搬送基準”の項目に該当するか
重症 体幹四肢外傷	①FiO2 1.0下の人工呼吸で、SpO2 95%未満 ②急速輸液1000ml後に、収縮期血圧60mmHg以下
頭部外傷	③意識がGCS ≤ 8以下またはJCS三桁で、かつ両側瞳孔散大 ④頭部CT検査で中脳周囲脳槽が消失

該当なし 該当あり

搬送決定	不搬送決定
レ チェックする <input type="checkbox"/> 拠点病院 <input type="checkbox"/> SCU <input type="checkbox"/>	決定時刻 _____ 担当者サイン _____

scu搬送時間経過			
搬入時刻	担当者サイン	:	:
搬出時刻	担当者サイン	:	:

MATTS入力 ID

病院検査所見

Xp 実施チェック・所見記載	時分	<input type="checkbox"/> 胸部 _____ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 骨盤 _____ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 未	ECG (ACSなど必要時)
	時分	<input type="checkbox"/> 頭部 _____ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> その他(部位 _____) _____	
FAST (US) 実施チェック・所見記載	時分	<input type="checkbox"/> 施行 _____ <input type="checkbox"/> 未 _____	
血液検査	時分	WBC Hb Ht Plt pH PaO2 PaCO2 BE (条件 _____) Na K Cl Ca CK	
	広域医療搬送時の航空医学処置		SCUから搬出前に確認せよ <input type="checkbox"/> 点滴内の空気抜き <input type="checkbox"/> 胃管挿入 <input type="checkbox"/> 身体固定 <input type="checkbox"/> 胸腔ドレイン

時間と場所

確認時刻	:	:	:	:
意識レベル(GCS)	(E , V , M)			
瞳孔径(右/左)(mm)	/	/	/	/
対光反射(+/-)	/	/	/	/
呼吸回数(回/分)				
血圧(mmHg)				
心拍数(回/分)				
SpO2(%) / 条件	/	/	/	/
体温(°C)				
点滴量(投与量/通算量)	/	/	/	/
尿量(増加 ml/ 全ml)	/	/	/	/
胃管(増加 ml/ 全ml)	(胃管挿入) /	/	/	/
気道の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
胸郭・呼吸の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
皮下気腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
呼吸音異常(左右差含む)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
ショック徴候(冷汗・湿潤)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
腹部異常(膨隆・圧痛・筋性防御)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
麻痺(運動/感覚)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
ポートワイン尿	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()			
その他				

身体所見と処置

酸素投与 (L マスク カヌラ)
人工呼吸器 (換気条件: MV L, RR /分, FiO2)

気道確保

気管挿管 (mm cm)
気管切開 (mm)
エアウェイ

胃管 (Fr cm)

胸腔ドレーン (Fr cm)

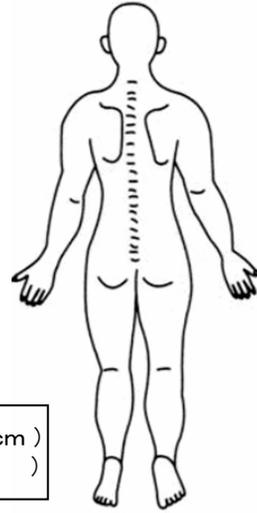
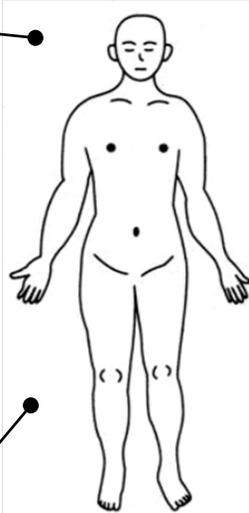
胸腔ドレーン (Fr cm)

静脈路確保 (G)
(輸液種類:)
(ml x 本)
下の表に投与量を記入すること

静脈路確保 (G)
(輸液種類:)
(ml x 本)
下の表に投与量を記入すること

留置バルーン (Fr cc)

中心静脈路確保 (G cm)
(輸液種類:)



:	:	:	:	確認時刻
(E , V , M)	(E , V , M)	(E , V , M)	(E , V , M)	意識レベル(GCS)
/	/	/	/	瞳孔径(右/左)(mm)
/	/	/	/	対光反射(+/-)
				呼吸回数(回/分)
				血圧(mmHg)
				心拍数(回/分)
/	/	/	/	SpO2(%) / 条件
				体温(°C)
/	/	/	/	点滴量(投与量/通算量)
/	/	/	/	尿量(増加 ml/ 全ml)
/	/	/	/	胃管(増加 ml/ 全ml)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	気道の異常			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	胸郭・呼吸の異常			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	皮下気腫			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	呼吸音異常(左右差含む)			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	ショック徴候(冷汗・湿潤)			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	腹部異常(膨隆・圧痛・筋性防御)			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	麻痺(運動/感覚)			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	ポットワイン尿			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ()	その他			

