

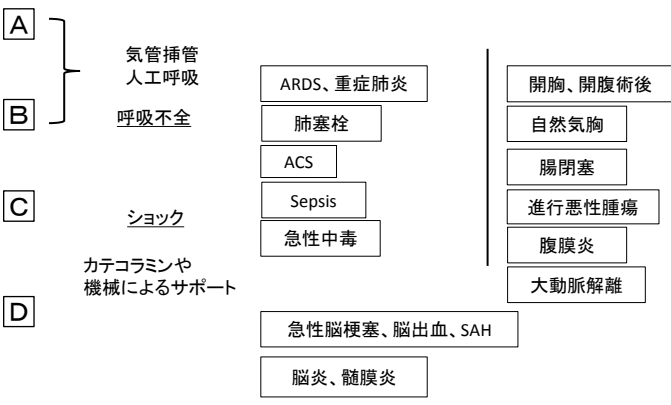
医療搬送カルテ(災害時診療情報提供書)

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

医療搬送を考慮すべき内因性病態例

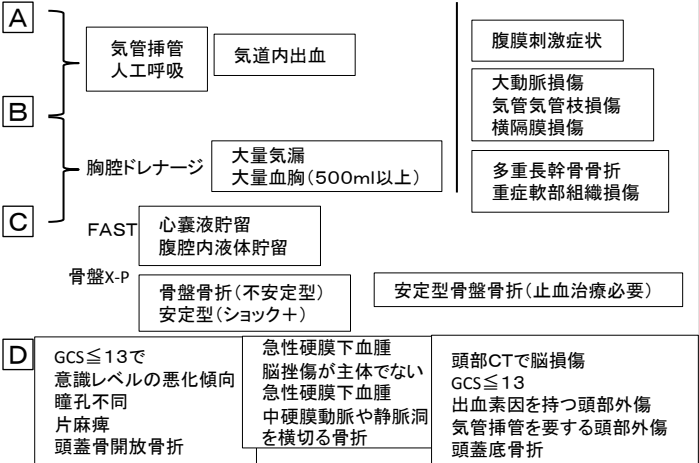
集中治療管理が必要な病態、手術など侵襲的処置が必要な病態



その他:

医療搬送を考慮すべき外傷病態

頭部・体幹・四肢外傷



クラッシュ症候群 輸液1L後 利尿無し 利尿あり
 広範囲熱傷

傷病名	既往歴 アレルギー	所属 サイン
受傷機転	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)

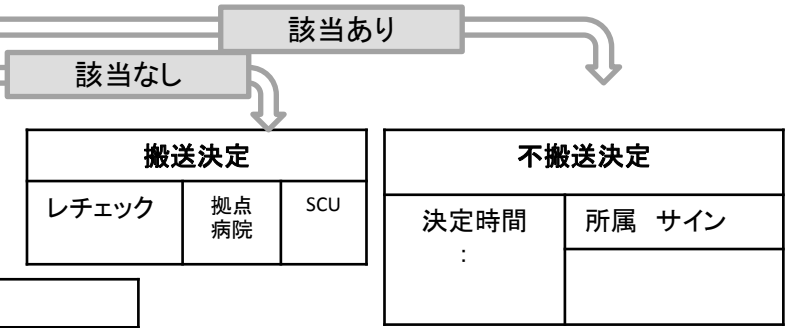
使用資機材	
生体モニター	
人工呼吸器	
酸素	
輸液ポンプ	
シリンジポンプ	

広域医療搬送時には以下をチェック

広域医療不搬送基準

重症体幹四肢外傷
 ① FiO2 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
 ① 意識がGCS ≤ 8またはJCS3桁で、かつ両側瞳孔散大
 ② 頭部CT検査で中脳周囲脳槽が消失



SCU時間経過		
搬入時間 所属 サイン	:	:
搬出時間 所属 サイン	:	:

MATTS入力 ID

病院検査所見

Xp	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)
	実施チェック・所見記載		
CT	時 分	<input type="checkbox"/> 頭部 _____ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> その他(部位 _____) _____	
	実施チェック・所見記載		
FAST (US)	時 分	<input type="checkbox"/> 施行 _____ <input type="checkbox"/> 未 _____	
	実施チェック・所見記載		
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"/> 胸腔ドレーン

時間・場所					
意識レベル					
瞳孔径(右/左)(mm)					
対光反射(右/左)					
呼吸回数(回/分)					
血圧(mmHg)					
脈拍数(回/分)					
SpO2(%)/条件					
体温(°C)					
点滴(投与量/積算量)					
尿量(投与量/積算量)					
所属・サイン					

身体所見と処置

気道確保

気管挿管 (mm cm)
 気管切開 (mm)
 エアウェイ

胸腔ドレーン (Fr)

静脈路確保 (G)

留置バルーン (Fr cc)

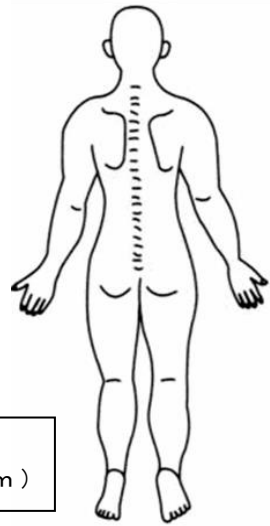
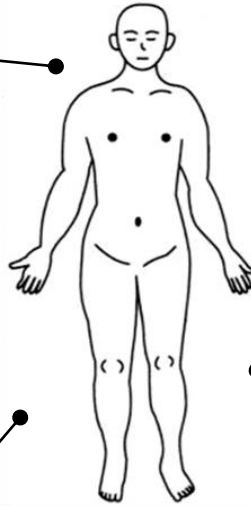
酸素投与 (L マスク カヌラ)
 人工呼吸器 (換気条件: MV L, RR /分, FiO2)

胃管 (Fr cm)

胸腔ドレーン (Fr)

静脈路確保 (G)

中心静脈路確保
 (S W T cm)



時間・場所					
意識レベル					
瞳孔径(右/左)(mm)					
対光反射(右/左)					
呼吸回数(回/分)					
血圧(mmHg)					
脈拍数(回/分)					
SpO2(%)/条件					
体温(°C)					
点滴(投与量/積算量)					
尿量(投与量/積算量)					
所属・サイン					

