災害診療記録（一般診療用）の解説

＜背　景＞

　これまでの災害時に用いられた診療録は、次の特徴があった。

１）災害時の診療録は、被災地の医療機関が復旧するまでの超急性期～慢性期にわたり使用される。

２）使用場所は、避難所、救護所、病院、診療所、広域搬送拠点等さまざまである。

３）診療録の書式は救援機関により異なる。

　　　　→　記載内容にバラツキが大きく、集計・調査はほぼ不能であった。

　　　　→　災害医療の記録としての継続性に乏しい。

４）診療録として記載漏れしやすい事項は、「患者住所」「医師の署名および所属医療機関」であった。

５）記載欄の有無と記載割合は相関していた。

６）公衆衛生学的な項目が欠如している。

＜災害診療記録に求められる内容＞

１）基本8記載事項を網羅する。

基本8記載事項（医師法第24条および医療法施行規則第23条）

①患者氏名、②患者性別、③患者年齢（もしくは生年月日）④患者住所、⑤診察日、

⑥症状または診断、⑦方針または治療、⑧医師の署名。

２）汎用性、拡張性を有する。

３）災害時使用の特徴を備える（ID、住所、転帰等）。

４）紙の診療録は必要である。

５）電子化が容易である。

＜災害診療記録ver.1＞

１）法的な問題が未解決であり、「診療録」ではなく、あえて「診療記録」とした。

２）一般診療用と外傷用（緊急搬送が必要な状況）に分けた。

３）A4 （A3サイズ二つ折り）サイズを選択した。

＜使用上の注意事項＞

１）災害診療記録は、原則として、災害発生時から医療機関の機能が再開されるまでの期間に使用するためのものである。

２）生存者に対して使用し、トリアージタグが黒の場合には使用しない。

３）トリアージタグが黄色以上の外傷の場合、一般診療用に加えて外傷用を使用する。一般診療用A3サイズ二つ折りに、外傷用A4サイズを挟み込んで使用する。

４）本用紙を使用する場合は、初診日、　項目の🗹および必要記入項目は必ず記載する。

５）紙媒体におけるメディカルIDは、次のように作成する。

16桁＝生年月日(8桁) + 性別（MまたはF、9桁目） + 姓名（カタカナ、7桁）

例）1995年01月17日生まれの災害太郎さん（男）の場合は、

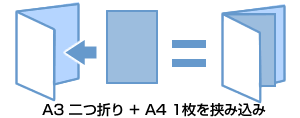
(桁数) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

　１９９５０１１７Mサイガイタロウ

　　　※氏名等が不詳の場合、氏名欄には個人の特定につながる状況情報（例：A町2丁目の倒壊店舗から近隣住民が救出。例：B氏の自家用車でC避難所に搬送）を記載する。また、年齢不明の場合、推定とする（例：70歳代）。

６）被災地医療の支援にあたるメディカルスタッフ全員が協力しあって、該当する項目にチェックや記載をする。

　　　　　　　　　　　　　　　　　 災害診療記録



一般診療用（A3二つ折り）に、必要に応じて外傷用（A4）を挟み込む

一般診療用

外傷用

＜表紙（1号紙）＞

１）禁忌事項、特記事項欄、フォローアップ欄

特記事項：チェックのほかに注意する医薬品名も記入する。

フォローアップ：継続診療の必要性を記載する。

２）傷病名欄は７つまで記入可。診察場所、所属（医療チーム名（医療機関名））、医師サインを記入する。

＜一般診療用あるいは軽症用＞

１）バイタルサインを記入する。

２）既往歴、妊娠の有無、予防接種歴の該当項目をチェックする。

３）主訴を記載する。

４）現症のチェック、局所所見は人体図を用いてよい。

５）トリアージタグが黄色以上の外傷については、外傷用カルテを使用する。

６）診断、処置、処方について記載する。

７）初診時J-SPEEDを選択する。J-SPEEDレポーティング・フォームにも計上する。

８）医師、歯科医師、看護師、薬剤師はサインをする。

＜外傷用＞

１）慢性期にも重症外傷発生の可能性がある。

２）外傷を専門としない医療者にも使用可能である。

３）医療搬送カルテ（災害時診療情報提供書）にも応用できる。

＜２号紙（一般診療用・外傷用共通）＞

１）平常時の経過記録と同じであるが、診察場所、所属、医師サインの記入が必要である。

２）追加する場合は2号紙をコピーして記載し、挟み込むように保存する。

３）最後の診察の場合には、転帰にチェックをする。転送の場合には、搬送手段、搬送先、搬送機関と日付を記入する。

４）災害と傷病との関連についてチェックする。

５）最終記録管理者名は、所属医療機関名あるいは都道府県ないし市町村になることに留意する。