

参考資料 資料編

トリアージ・タグについて

- ・Noは各施設で通し番号を記入。施設の頭文字をつけることでどの施設で行われたトリアージタグかが分かるようにする。

例) 岩河整形外科前医療救護所：イ1～ 香北病院前医療救護所：カ1～
物部地区医療救護所：モ1～

- ・氏名は誰でも読めるようにカタカナで記入。
- ・氏名等分からない場合は 氏名：不詳 、 年齢：推定〇〇歳 、 住所：××市△地区〇〇のあたりで発見 と記入
- ・トリアージ実施者氏名：判断を行った人のフルネームを記入
- ・搬送機関名：〇〇救急隊 、 徒歩で帰宅 、 自家用車 等搬送状況により記入
- ・収容医療機関名：医療機関に受け入れられてから記入
- ・各医療救護所施設から出る際に複写の1枚目を回収する。自宅や避難所へ行く場合は全部回収する。

トリアージ・タグ

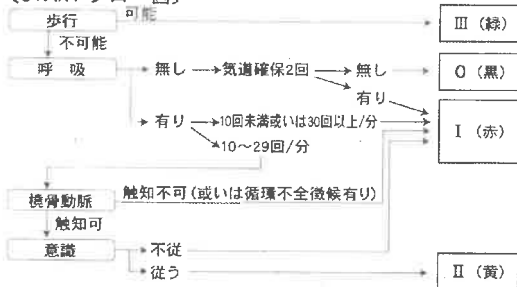
(災害現場用) 2019.12

No	氏 名 (Name)	年齢 Age	性別 Sex
			男(M) 女(F)
住 所 (Address)	電 話 (Phone)		
トリアージ実施日・時刻	トリアージ実施者氏名		
月 日 時 分			
実施場所	職種		
搬送機関名	収容医療機関名		
傷病名			

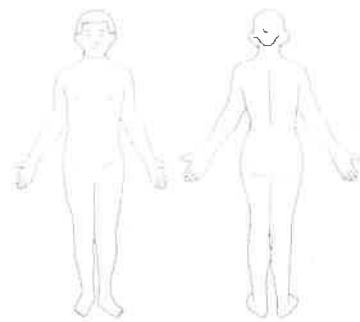
トリアージ・タグ

時記事項	処置、搬送、治療中に留意すべき事項					
時刻	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	備考

〔START フロー図〕



トリアージ区分 O I II III



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		FAX 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	無
入院病棟の火災	有	無
入院病棟の浸水	有	無
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	有
水の通常の供給	無	有
医療ガスの不足	不足	充足
医薬品・衛生資機材の不足	不足	充足
多数患者の受診	有	無
職員の不足	不足	充足

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		FAX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	無	有	無	有	無	有	無
火災	有	無	有	無	有	無	有	無
浸水	有	無	有	無	有	無	有	無

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	発電機 使用中	正常	残り(発電機使 用中の場合)	半日・1日・2日以上
水道の 使用状況	枯渇	井戸 使用中	貯水・給水 対応中	残り(貯水・給水 対応中の場合)	半日・1日・2日以上
医療ガスの 使用状況	枯渇	供給の 見込無し	供給の 見込有り	残り(供給の見 込無しの場合)	半日・1日・2日以上
	配管破損の有無		有	無	
食糧の 使用状況	枯渇	備蓄で 対応中	通常の供給	残り(備蓄で対 応中の場合)	半日・1日・2日以上
医薬品の 使用状況	枯渇	備蓄で 対応中	通常の供給	残り(備蓄で対 応中の場合)	半日・1日・2日以上
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		可			

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	可	人工透析可否	不可	可
------	----	---	--------	----	---

共通様式 2-2

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	救急のみ	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	

医療救護所活動状況報告

送 信 先					
発 信 元	医療救護所名		担当		
	電話番号		FAX番号		
発 信 日 時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ 日 時	年	月	日	時	分 時点

- 1 医療救護所の開設時間帯（24時間対応している場合は、「終日開設」にチェック）

時 分 ～ 時 分 ☐ 終日開設

- 2 収容人数及びトリアージ状況（数値を記入）

トリアージ区分	現在の収容人数	累計人数
重症（赤）	人	人
中等症（黄）	人	人
軽症（緑）	人	人
死亡（黒）	人	人
合計	人	人

- 3 医療従事者状況（現在活動中の人数を記入）

医師	看護師	歯科医師	薬剤師	その他医療職員	事務職員

- 4 医療関連物資の情報（該当項目を○で囲ってください。）

充足	不足	※不足している物資を記載

- 5 その他（上記以外で報告が必要な情報（医療救護所へのアクセス状況、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。

--

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

要請機関区分(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	月	日	時	分	月	日	時	分	月	日	時	分				
機関名	区分	□勤務医等の搬送				機関名	区分	□勤務医等の搬送				機関名	区分	□勤務医等の搬送					
担当者					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					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	その他医療職 職種	人数	事務職員	活動場所	参加場所

医療従事者等派遣 応諾連絡書

市町村派遣人員							
医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	派遣場所	派遣期間
							月 日 ~ 月 日
医療従事者所属機関						移動手段	到着予定日時
県保健医療支部派遣人員							
医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	派遣場所	派遣期間
							月 日 ~ 月 日
医療従事者所属機関						移動手段	到着予定日時
県保健医療本部派遣人員							
医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	派遣場所	派遣期間
							月 日 ~ 月 日
医療従事者所属機関						移動手段	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			
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			
担当者				担当者				担当者			
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											
tag. no.	氏 名	年齢	性別	トリアージ区分	担送・護送の別		成諾機関記載項目				
							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	連絡先	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	連絡先	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	連絡先	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・タグのコピーなど)を添付

重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書

要請元記載項目										応諾機関記載項目	
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			
tag. no.											
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	連絡先		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		
tag. no.											
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	連絡先		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		
tag. no.											
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	連絡先		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		
tag. no.											
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	連絡先		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		
tag. no.											
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	連絡先		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		

※必要に応じて、患者詳細情報（災害時診療記録、トリアージ・タックのコピーなど）を添付

ヘリ支援要請書

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	cm、	幅	cm、	奥行き	cm
	重量 (状態)	重量	kg (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 特徴		<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			
	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	
調整所回答欄		不可 可 (運用ヘリ) 活動終了日時 日 時 分					

※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。

記入・提出日： 年 月 日 (受取職員印・サイン)

緊急支援物資輸送 要請票

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

↑

提出先	備考
-----	----

※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				備考	
品目	大分類	中分類	小分類	数量	
				個数	単位
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

緊急支援物資輸送 要請／発注票

記入・提出日:

年 月 日

(発注/要請元印・サイン)

(物資調達者印・サイン)

(物資提供者印・サイン)

要請番号

(自治体名) ※市町村の災害対策本部
(担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)

(企業・組織名 ※県 災害対策本部)
(担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)

(施設名) ※医療機関・医療救護所名
(住所)
(受取担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)

(企業・組織名 ※県 総合防災拠点)
(担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)

※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、アレルギ-の有無、パレット枚数、箱サイズ、車両台数等を記載)
	大分類	中分類	小分類
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

No	大分類	中分類	小分類	単位
1	食品・飲料	主食類(米・パン等)	精米	キロ
2	食品・飲料	主食類(米・パン等)	小麦粉・片栗粉	袋
3	食品・飲料	主食類(米・パン等)	菓子パン	食
4	食品・飲料	主食類(米・パン等)	惣菜パン	食
5	食品・飲料	主食類(米・パン等)	カップ麺	個
6	食品・飲料	主食類(米・パン等)	即席麺(袋)	個
7	食品・飲料	主食類(米・パン等)	乾パン	食
8	食品・飲料	主食類(米・パン等)	おにぎり	個
9	食品・飲料	主食類(米・パン等)	バックご飯	個
10	食品・飲料	主食類(米・パン等)	弁当	個
11	食品・飲料	主食類(米・パン等)	その他(主食類)	個
12	食品・飲料	副食(加工食品等)	納豆	個
13	食品・飲料	副食(加工食品等)	漬物・梅干	個
14	食品・飲料	副食(加工食品等)	豆腐	個
15	食品・飲料	副食(加工食品等)	缶詰(おかず)	個
16	食品・飲料	副食(加工食品等)	缶詰(フルーツ)	個
17	食品・飲料	副食(加工食品等)	みそ汁	個
18	食品・飲料	副食(加工食品等)	スープ	個
19	食品・飲料	副食(加工食品等)	レトルト(肉)	個
20	食品・飲料	副食(加工食品等)	レトルト(カレー)	個
21	食品・飲料	副食(加工食品等)	レトルト(その他)	個
22	食品・飲料	副食(加工食品等)	惣菜(野菜)	個
23	食品・飲料	副食(加工食品等)	惣菜(肉)	個
24	食品・飲料	副食(加工食品等)	惣菜(魚)	個
25	食品・飲料	副食(加工食品等)	カレールー	個
26	食品・飲料	副食(加工食品等)	シチュールー	個
27	食品・飲料	副食(加工食品等)	その他(副食)	個
28	食品・飲料	ベビーフード・介護食品	粉ミルク	個
29	食品・飲料	ベビーフード・介護食品	離乳食	食
30	食品・飲料	ベビーフード・介護食品	介護食品	食
31	食品・飲料	ベビーフード・介護食品	その他(ベビーフード・介護用品)	個
32	食品・飲料	調味料	マヨネーズ	個
33	食品・飲料	調味料	味噌	個
34	食品・飲料	調味料	醤油	個
35	食品・飲料	調味料	だしの素	個
36	食品・飲料	調味料	酢	個
37	食品・飲料	調味料	塩	個
38	食品・飲料	調味料	砂糖	個
39	食品・飲料	調味料	めんつゆ	個
40	食品・飲料	調味料	みりん	個
41	食品・飲料	調味料	ケチャップ	個
42	食品・飲料	調味料	コンソメ	個
43	食品・飲料	調味料	こしょう	個
44	食品・飲料	調味料	ドレッシング	個
45	食品・飲料	調味料	油	個
46	食品・飲料	調味料	その他(調味料)	個
47	食品・飲料	主食添物(ジャム・ふりかけ等)	のり	食
48	食品・飲料	主食添物(ジャム・ふりかけ等)	ジャム	個
49	食品・飲料	主食添物(ジャム・ふりかけ等)	ふりかけ	個
50	食品・飲料	主食添物(ジャム・ふりかけ等)	その他(ご飯・パンのおとも)	個
51	食品・飲料	肉・魚・卵	卵(生)	個
52	食品・飲料	肉・魚・卵	卵(加工済み)	個
53	食品・飲料	肉・魚・卵	ソーセージ・ハム	個
54	食品・飲料	肉・魚・卵	豚肉	キロ
55	食品・飲料	肉・魚・卵	鶏肉	キロ
56	食品・飲料	肉・魚・卵	牛肉	キロ
57	食品・飲料	肉・魚・卵	鮮魚	キロ
58	食品・飲料	肉・魚・卵	その他(肉・魚・卵)	個
59	食品・飲料	乳製品	牛乳	個
60	食品・飲料	乳製品	ヨーグルト	個
61	食品・飲料	乳製品	チーズ	個
62	食品・飲料	乳製品	バター	個

No	大分類	中分類	小分類	単位
63	食品・飲料	乳製品	マーガリン	個
64	食品・飲料	乳製品	その他(乳製品)	個
65	食品・飲料	野菜・海藻類	にんじん	キロ
66	食品・飲料	野菜・海藻類	キャベツ	キロ
67	食品・飲料	野菜・海藻類	きゅうり	キロ
68	食品・飲料	野菜・海藻類	じゃがいも	キロ
69	食品・飲料	野菜・海藻類	はくさい	キロ
70	食品・飲料	野菜・海藻類	大根	キロ
71	食品・飲料	野菜・海藻類	きのこ類	キロ
72	食品・飲料	野菜・海藻類	トマト	キロ
73	食品・飲料	野菜・海藻類	たまねぎ	キロ
74	食品・飲料	野菜・海藻類	ほうれん草	キロ
75	食品・飲料	野菜・海藻類	その他(野菜・海藻類)	キロ
76	食品・飲料	野菜・海藻類	わかめ	キロ
77	食品・飲料	果物	バナナ	キロ
78	食品・飲料	果物	みかん	キロ
79	食品・飲料	果物	りんご	キロ
80	食品・飲料	果物	イチゴ	キロ
81	食品・飲料	果物	その他(果物)	キロ
82	食品・飲料	飲料	水(500ml)	本
83	食品・飲料	飲料	水(1リットル)	本
84	食品・飲料	飲料	水(2リットル)	本
85	食品・飲料	飲料	お茶(500ml)	本
86	食品・飲料	飲料	お茶(1リットル)	本
87	食品・飲料	飲料	お茶(2リットル)	本
88	食品・飲料	飲料	お茶(ティーパック)	本
89	食品・飲料	飲料	茶葉	本
90	食品・飲料	飲料	コーヒー(缶・ペットボトル)	本
91	食品・飲料	飲料	コーヒー(インスタント)	キロ
92	食品・飲料	飲料	ゼリー飲料	本
93	食品・飲料	飲料	野菜ジュース	本
94	食品・飲料	飲料	その他(飲料)	本
95	食品・飲料	菓子類	菓子類	個
96	食品・飲料	菓子類	その他(菓子類)	その他
97	衣類	男性(衣類・靴)	ジャケット・防寒着(男性)	着
98	衣類	男性(衣類・靴)	トレーナー・パジャマ(男性)	着
99	衣類	男性(衣類・靴)	シャツ類・カットソー(男性)	着
100	衣類	男性(衣類・靴)	パンツ・ズボン(男性)	着
101	衣類	男性(衣類・靴)	下着・インナー(男性)	着
102	衣類	男性(衣類・靴)	靴下・タイツ(男性)	着
103	衣類	男性(衣類・靴)	履物・靴(男性)	着
104	衣類	男性(衣類・靴)	その他(男性衣類)	着
105	衣類	女性(衣類・靴)	ジャケット・防寒着(女性)	着
106	衣類	女性(衣類・靴)	トレーナー・パジャマ(女性)	着
107	衣類	女性(衣類・靴)	シャツ類・カットソー(女性)	着
108	衣類	女性(衣類・靴)	パンツ・ズボン(女性)	着
109	衣類	女性(衣類・靴)	下着・インナー(女性)	着
110	衣類	女性(衣類・靴)	靴下・タイツ(女性)	着
111	衣類	女性(衣類・靴)	履物・靴(女性)	着
112	衣類	女性(衣類・靴)	その他(女性衣類)	足
113	衣類	子供(衣類・靴)	ジャケット・防寒着(子供)	着/足
114	衣類	子供(衣類・靴)	トレーナー・パジャマ(子供)	着
115	衣類	子供(衣類・靴)	シャツ類・カットソー(子供)	着
116	衣類	子供(衣類・靴)	パンツ・ズボン(子供)	着
117	衣類	子供(衣類・靴)	下着・インナー(子供)	着
118	衣類	子供(衣類・靴)	靴下・タイツ(子供)	着
119	衣類	子供(衣類・靴)	履物・靴(子供)	足
120	衣類	子供(衣類・靴)	その他(子供衣類)	着/足
121	衣類	作業着・手袋・長靴	手袋	組
122	衣類	作業着・手袋・長靴	長靴	足
123	衣類	作業着・手袋・長靴	作業着	着
124	衣類	作業着・手袋・長靴	その他(作業着・手袋・長靴)	個

No	大分類	中分類	小分類	単位
125	台所・食器	食器類	皿	枚
126	台所・食器	食器類	コップ	個
127	台所・食器	食器類	おわん	個
128	台所・食器	食器類	割り箸	人分
129	台所・食器	食器類	フォーク・スプーン	人分
130	台所・食器	食器類	箸	人分
131	台所・食器	食器類	その他(食器類)	個
132	台所・食器	台所用品	ラップ	個
133	台所・食器	台所用品	やかん	個
134	台所・食器	台所用品	アルミホイル	個
135	台所・食器	台所用品	鍋	個
136	台所・食器	台所用品	炊飯器	個
137	台所・食器	台所用品	包丁	個
138	台所・食器	台所用品	タッパー	個
139	台所・食器	台所用品	ポット	個
140	台所・食器	台所用品	おたま	個
141	台所・食器	台所用品	まな板	個
142	台所・食器	台所用品	ざる	個
143	台所・食器	台所用品	しゃもじ	個
144	台所・食器	台所用品	洗剤(台所用具)	個
145	台所・食器	台所用品	コンロ	個
146	台所・食器	台所用品	カセットボンベ	個
147	台所・食器	台所用品	フライパン	個
148	台所・食器	台所用品	その他(台所用品)	個
149	電化製品	消耗品・コード	乾電池(単1)	個
150	電化製品	消耗品・コード	乾電池(単2)	個
151	電化製品	消耗品・コード	乾電池(単3)	個
152	電化製品	消耗品・コード	乾電池(単4)	個
153	電化製品	消耗品・コード	電球	個
154	電化製品	消耗品・コード	延長コード	個
155	電化製品	消耗品・コード	その他(電化製品(消耗品))	個
156	電化製品	生活家電	時計	個
157	電化製品	生活家電	ラジオ	個
158	電化製品	生活家電	懐中電灯	個
159	電化製品	生活家電	ランタン	個
160	電化製品	生活家電	携帯用充電器	個
161	電化製品	生活家電	ドライヤー	個
162	電化製品	生活家電	洗濯機	個
163	電化製品	生活家電	乾燥機	個
164	電化製品	生活家電	冷蔵庫	個
165	電化製品	生活家電	掃除機	個
166	電化製品	生活家電	冷凍庫	個
167	電化製品	生活家電	その他(生活家電)	個
168	電化製品	季節家電	ストーブ	個
169	電化製品	季節家電	扇風機	個
170	電化製品	季節家電	その他(季節家電)	個
171	生活用品	洗面・風呂用具	シャンプー・リンス	個
172	生活用品	洗面・風呂用具	洗面器	個
173	生活用品	洗面・風呂用具	石鹸・ボディソープ	個
174	生活用品	洗面・風呂用具	洗剤(洗面・風呂用具)	個
175	生活用品	洗面・風呂用具	歯磨き粉	個
176	生活用品	洗面・風呂用具	化粧水	個
177	生活用品	洗面・風呂用具	鏡	個
178	生活用品	洗面・風呂用具	洗口剤	個
179	生活用品	洗面・風呂用具	歯ブラシ	個
180	生活用品	洗面・風呂用具	かみそり	個
181	生活用品	洗面・風呂用具	入れ歯安定剤・洗浄剤	個
182	生活用品	洗面・風呂用具	ハンドソープ	個
183	生活用品	洗面・風呂用具	コンタクト洗浄液	個
184	生活用品	洗面・風呂用具	その他(洗面・風呂用具)	個
185	生活用品	掃除用具	ゴミ箱・ゴミ袋	個
186	生活用品	掃除用具	バケツ	個

No	大分類	中分類	小分類	単位
187	生活用品	掃除用具	ほうき・モップ・ブラシ	個
188	生活用品	掃除用具	スポンジ	個
189	生活用品	掃除用具	ちりとり	個
190	生活用品	掃除用具	たわし	個
191	生活用品	掃除用具	洗剤(掃除用具)	個
192	生活用品	掃除用具	漂白剤・洗剤	個
193	生活用品	掃除用具	雑巾	枚
194	生活用品	掃除用具	その他(掃除用具)	個
195	生活用品	洗濯用品	洗濯ばさみ	個
196	生活用品	洗濯用品	たらい	個
197	生活用品	洗濯用品	ハンガー	個
198	生活用品	洗濯用品	洗剤(洗濯用具)	個
199	生活用品	洗濯用品	その他(洗濯用品)	個
200	生活用品	ダンボール・ビニール袋	ダンボール	箱
201	生活用品	ダンボール・ビニール袋	ビニール袋	枚
202	生活用品	ダンボール・ビニール袋	その他(ダンボール・ビニール袋)	箱/枚
203	生活用品	防寒具・雨具	湯たんぽ	個
204	生活用品	防寒具・雨具	カイロ	個
205	生活用品	防寒具・雨具	カッパ	着
206	生活用品	防寒具・雨具	傘	本
207	生活用品	防寒具・雨具	その他(防寒具・雨具)	個
208	生活用品	寝具・タオル	タオル	枚
209	生活用品	寝具・タオル	布団	枚
210	生活用品	寝具・タオル	シーツ	枚
211	生活用品	寝具・タオル	枕	個
212	生活用品	寝具・タオル	毛布	枚
213	生活用品	寝具・タオル	タオルケット	枚
214	生活用品	寝具・タオル	ベッド	個
215	生活用品	寝具・タオル	耳栓	人分
216	生活用品	寝具・タオル	その他(寝具・タオル)	個
217	生活用品	ろうそく・マッチ・ライター	ろうそく	本
218	生活用品	ろうそく・マッチ・ライター	多目的ライター(点火棒)	本
219	生活用品	ろうそく・マッチ・ライター	マッチ	箱
220	生活用品	ろうそく・マッチ・ライター	その他(ろうそく・マッチ・ライター)	本
221	生活用品	その他生活雑貨	つめ切り	個
222	生活用品	その他生活雑貨	殺虫剤	個
223	生活用品	その他生活雑貨	虫刺され薬	個
224	生活用品	その他生活雑貨	マスク	個
225	生活用品	その他生活雑貨	消毒液	個
226	生活用品	その他生活雑貨	うがい薬	個
227	生活用品	その他生活雑貨	血圧計	個
228	生活用品	その他生活雑貨	体温計	個
229	生活用品	その他生活雑貨	医薬品セット	個
230	生活用品	その他生活雑貨	ガーゼ	個
231	生活用品	その他生活雑貨	絆創膏	枚
232	生活用品	その他生活雑貨	カット綿	個
233	生活用品	その他生活雑貨	湿布薬	個
234	生活用品	その他生活雑貨	綿棒	個
235	生活用品	その他生活雑貨	その他(その他生活雑貨)	個
236	生活用品	ペーパー類・生理用品	生理用ナプキン(昼用)	個
237	生活用品	ペーパー類・生理用品	生理用ナプキン(夜用)	個
238	生活用品	ペーパー類・生理用品	おりものシート	個
239	生活用品	ペーパー類・生理用品	ウェットティッシュ	個
240	生活用品	ペーパー類・生理用品	ティッシュ	個
241	生活用品	ペーパー類・生理用品	トイレットペーパー	個
242	生活用品	ペーパー類・生理用品	大人用おむつ(S)	個
243	生活用品	ペーパー類・生理用品	大人用おむつ(M)	個
244	生活用品	ペーパー類・生理用品	大人用おむつ(L)	個
245	生活用品	ペーパー類・生理用品	体ふきシート	個
246	生活用品	ペーパー類・生理用品	その他(ペーパー類・生理用品)	個
247	生活用品	ベビー用品	子供用おむつ(新生児用)	個
248	生活用品	ベビー用品	子供用おむつ(S)	個

No	大分類	中分類	小分類	単位
249	生活用品	ベビー用品	子供用おむつ(M)	個
250	生活用品	ベビー用品	子供用おむつ(L)	個
251	生活用品	ベビー用品	おしりふき	個
252	生活用品	ベビー用品	哺乳瓶消毒液	個
253	生活用品	ベビー用品	哺乳瓶	個
254	生活用品	ベビー用品	その他(ベビー用品)	個
255	作業道具	台車	台車	台
256	作業道具	電源ドラム	電源ドラム	個
257	作業道具	スコップ	スコップ	個
258	作業道具	工具セット	工具セット	個
259	作業道具	軍手	軍手	組
260	作業道具	ヘルメット	ヘルメット	個
261	作業道具	ガムテープ	ガムテープ	個
262	作業道具	はさみ	はさみ	個
263	作業道具	カッター	カッター	個
264	作業道具	輪ゴム	輪ゴム	個
265	作業道具	ひも	ひも	個
266	作業道具	ペン	ペン	本
267	作業道具	セロハンテープ	セロハンテープ	個
268	作業道具	OA用紙	OA用紙	枚
269	作業道具	ノート	ノート	個
270	作業道具	その他	その他(作業道具)	個
271	避難所備品・応急用品	設備品	消火器	個
272	避難所備品・応急用品	設備品	プレハブ	個
273	避難所備品・応急用品	設備品	仮設更衣室	個
274	避難所備品・応急用品	設備品	仮設トイレ	個
275	避難所備品・応急用品	設備品	発電機	個
276	避難所備品・応急用品	設備品	パーティーション	枚
277	避難所備品・応急用品	設備品	その他(設備品)	個
278	避難所備品・応急用品	応急用品	石炭・木炭	キロ
279	避難所備品・応急用品	応急用品	携帯トイレ	個
280	避難所備品・応急用品	応急用品	ポンプ	個
281	避難所備品・応急用品	応急用品	ポリタンク	個
282	避難所備品・応急用品	応急用品	担架	個
283	避難所備品・応急用品	応急用品	車椅子	台
284	避難所備品・応急用品	応急用品	ハンドマイク	個
285	避難所備品・応急用品	応急用品	その他(応急用品)	個
286	避難所備品・応急用品	シート・マット類	敷物	枚
287	避難所備品・応急用品	シート・マット類	風呂マット	枚
288	避難所備品・応急用品	シート・マット類	畳	枚
289	避難所備品・応急用品	シート・マット類	ブルーシート	枚
290	避難所備品・応急用品	シート・マット類	その他(シート・マット類)	枚

共通様式 7

協定締結団体医療支援要請書					
月 日 時 分	月 日 時 分		派遣希望 日数	月 日～ 月 日	
高知県保健医療調整本部	機関・ 団体名	要請 内容	チーム数		
担当者	担当者		活動内容		
参集場所 			備考 		

協定締結団体医療支援応諾書

高知県保健医療調整本部

あて

e-mail: 131601@ken.pref.kochi.lg.jp 131301@ipstar.ne.jp

衛星携帯電話: (ワイドスター) 090-6886-8901 (IPSTAR) 050-5212-0300

FAX : 088-823-9137

(機関・団体名)

(担当者名)

(連絡先) Tel

Fax

e-mail

派遣協力可能期間		派遣チームの構成 (分野・人数)	移動手段	食料・飲料水の準備	宿泊先確保 (寝袋含む)
連絡先				あり・なし	あり・なし
リーダー					
月 日～ 月 日					
連絡先				あり・なし	あり・なし
リーダー					
月 日～ 月 日					
連絡先				あり・なし	あり・なし
リーダー					
月 日～ 月 日					
連絡先				あり・なし	あり・なし
リーダー					
月 日～ 月 日					
連絡先				あり・なし	あり・なし
リーダー					
月 日～ 月 日					

※派遣チームの構成については、医師○名、看護師○名、薬剤師○名、事務職○名など、派遣チームの職種内訳を記載。

その他連絡事項

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		
	担当者名		電話番号

< 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		
	平時納入業者名 (系列にチェックを入れる)	☐ 出光 ☐ 太陽 ☐ コスモ ☐ キグナス ☐ シェル ☐ JXTG ☐ PB・その他	電話番号		
(2) 燃料供給費用支払予定者 (注2)	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	☐ ガソリン ☐ ジェット ☐ 灯油 ☐ 軽油 ☐ A重油 (☐ LSA/ ☐ HSA) (注3) ☐ その他 ()				
数量	KL ※2KL以上の要請は、「2KL単位」で要請すること				
荷姿	☐ ローリー (含ミニ) ☐ ドラム缶 ☐ 携行缶・ポリタンク ☐ コンテナ ☐ 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	☐ 14KL以上 (KL) ・ ☐ 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	☐ 地下 ☐ 地上 (ポンプ有) ☐ 地上 (ポンプ無) ☐ 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 ※6m以上の場合は延長接続ホースの有無とその長さ (☐ 有 (m) 、 ☐ 無)				
給油口 規格	口径	☐ 1.5インチ ☐ 2インチ ☐ 2.5インチ ☐ 3インチ ☐ 3.5インチ ☐ 4インチ ☐ その他 ()			
	名称	☐ JIS (PT・PF) ☐ 出光 ☐ 極東 ☐ 金剛 ☐ シェル ☐ 消防 ☐ タツノ ☐ 東急 ☐ 名古屋 ☐ Mネジ ☐ 旧モービル ☐ 旧ゼネラル ☐ 旧エッソ ☐ NM-L ☐ SI ☐ T-80 ☐ T-80L ☐ T-100 ☐ NM ☐ SI-301L ☐ その他 ()			
	形式	☐ 外ネジ ☐ 内ネジ ☐ ワンタッチ ☐ 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

***項目は、☒および必要記入項目です。**

改訂日：2018/10/31

[illegible]

災害診療記録2018 外傷版 (緊急処置と外傷評価)(裏)

☐項目は、☒および必要記入項目です。

改訂日: 2018/10/31

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)
☐輪状甲状靱帯切開 (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(FiO2 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
☐心臓穿刺・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

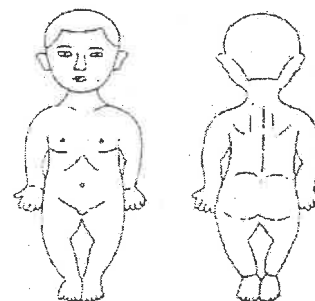
傷病分類 ☐頭頸部(☐頭部外傷 ☐頸部外傷 ☐頸椎・頸髄損傷)

- ☐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トヨミヒデヨシ

メディカルID

M
F

*は必須記録項目

* 初診日	西暦	年	月	日
* 初診医師氏名				
* 患者氏名(カタカナ)	最初の 7 文字をメディカル ID に転記			
(漢字等)	氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(救出された場所や状況等)を記載 性別: 男・女			
* 生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成	年	月	日 () 歳 年齢不詳の場合は推定年齢
保険証情報	保険者番号:	記号:	番号:	
[携帯]電話番号				
* 住所	自宅: 〒 状態: ☐ 健存 ☐ 半壊 ☐ 全壊 ☐ 避難先1: ☐ 避難所名() ☐ 知人宅 ☐ テント ☐ 車内 ☐ その他 ☐ 避難先2: ☐ 避難所名() ☐ 知人宅 ☐ テント ☐ 車内 ☐ その他			
連絡先	☐ 家族・ ☐ 知人・ ☐ その他・ ☐ 連絡先なし			
職 業				

【禁忌事項等】

- ☐アレルギー
☐禁忌食物

【特記事項(常用藥等)】

- ☐抗血小板薬()
☐抗凝固薬 ☐ワーファリン()
☐糖尿病治療薬 ☐インスリン ☐経口薬 ()
☐ステロイド()
☐抗てんかん薬()
☐その他()
☐透析)
☐在宅酸素療法(HOT)
☐災害時要配慮者: ☐高齢者 ☐障害者 ☐乳幼児 ☐妊婦 ☐日本語が不自由☐その他()

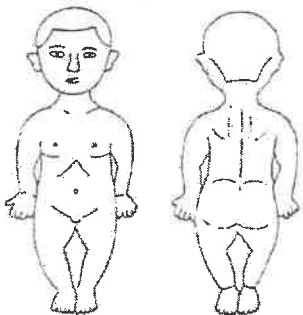
【要保護者】☐支援者のいない要配慮者等 該当状況: ☐身体的/☐精神的/☐社会的/☐その他()

* 傷病名	* 開始 月 年	診察場所	* 所属・医師サイン

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
例) 1950年09月08日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ⇒ 19500908MTヨトミヒデヨシ

トリアージタグ	☐ 赤 ☐ 黄 ☐ 緑 ☐ 黒 番号:
---------	---

[illegible]

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☑						
初診日	西暦	年	月	日	再診 再々診	
Demographics	年齢	歳				
	性別・年齢区分	☐ 0 歳 ☐ 1-14 歳 ☐ 15-64 歳 ☐ 65 歳+				
	1	☐ 男性				
	2	☐ 女性(妊娠なし)				
	3	☐ 女性(妊娠あり)				
4	☐ 中等症(トリアージ黄色)以上					
5	☒ 再診患者					
Health Events	外傷・環境障害	6	☐ 頭頸・脊椎の重症外傷(PAT 赤)	☐	☐	
		7	☐ 体幹の重症外傷(PAT 赤)	☐	☐	
		8	☐ 四肢の重症外傷(PAT 赤)	☐	☐	
		9	☐ 中等症外傷(PAT 赤以外・入院必要)	☐	☐	
		10	☐ 軽症外傷(外来処置のみで加療可)	☐	☐	
		11	☐ 創傷	☐	☐	
		12	☐ 骨折	☐	☐	
		13	☐ 熱傷	☐	☐	
		14	☐ 溺水	☐	☐	
		15	☐ クラッシュ症候群	☐	☐	
		16	☐ 発熱	☐	☐	
		症候・感染症	17	☐ 急性呼吸器感染症	☐	☐
			18	☐ 消化器感染症、食中毒	☐	☐
			19	☐ 麻疹疑い	☐	☐
			20	☐ 破傷風疑い	☐	☐
	21		☐ 急性血性下痢症	☐	☐	
	22		☐ 緊急の感染症対応ニーズ	☐	☐	
	23		☐ 人工透析ニーズ	☐	☐	
	24		☐ 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ	☐	☐	
	25		☐ 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ	☐	☐	
	その他		26	☐ 災害ストレス関連諸症状	☐	☐
		27	☐ 緊急のメンタル・ケアニーズ	☐	☐	
		28	☐ 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い	☐	☐	
		29	☐ 高血圧状態	☐	☐	
		30	☐ 気管支喘息発作	☐	☐	
		31	☐ 緊急の産科支援ニーズ	☐	☐	
		32	☐ 皮膚疾患(外傷・熱傷以外)	☐	☐	
		33	☐ 掲載以外の疾病	☐	☐	
		34	☐ 緊急の栄養支援ニーズ	☐	☐	
		35	☐ 緊急の介護/看護ケアニーズ	☐	☐	
		36	☐ 緊急の飲料水・食料支援ニーズ	☐	☐	
		37	☐ 治療中断	☐	☐	
	Procedure & Outcome	実施処置	38	☐ 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)	☐	☐
			39	☐ 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等)	☐	☐
			40	☐ 四肢切断(指切断を除く)	☐	☐
			41	☐ 出産・帝王切開・その他産科処置	☐	☐
			42	☐ 医療フォロー不要(再診不要)	☐	☐
転帰		43	☐ 医療フォロー必要(再診指示)	☐	☐	
		44	☐ 紹介(紹介状作成等)	☐	☐	
		45	☐ 搬送(搬送調整実施等)	☐	☐	
		46	☐ 入院(自施設)	☐	☐	
		47	☐ 患者自身による診療継続拒否	☐	☐	
Context	関連性	48	☐ 受診時死亡	☐	☐	
		49	☐ 加療中の死亡	☐	☐	
		50	☐ 長期リハビリテーションの必要性	☐	☐	
		51	☐ 直接的関連あり(災害による外傷等)	☐	☐	
		52	☐ 間接的(環境変化による健康障害)	☐	☐	
	保護	53	☐ 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)	☐	☐	
		54	☐ 保護を要する小児(孤児等)	☐	☐	
		55	☐ 保護を要する成人高齢者	☐	☐	
		56	☐ 性暴力	☐	☐	
		57	☐ 暴力(性暴力以外)	☐	☐	
		58	☐	☐	☐	
		59	☐	☐	☐	
		60	☐	☐	☐	
バイタルサイン		意識障害 ☐ 無・ ☐ 有	呼吸数: / min			
		血圧: / mmHg	体温: °C			
		脈拍: / min	整・不整			
身長・体重		身長: cm	体重: / kg			
既往症		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ その他				
予防接種		☐ 麻疹 ☐ 破傷風 ☐ 今期インフルエンザ ☐ 肺炎球菌 ☐ 風疹 ☐ その他()				
主訴						
現病歴 (日本語で記載)		☐ 外傷⇒黄色タグ以上は外傷版記録へ(J-SPEED は記入) ☐ 精神保健医療⇒精神保健医療版記録へ(J-SPEED は記入)				
		診断				
		処置				
		処方				
転帰		☐ 無・ ☐ 有 ☐ 帰宅 ☐ 搬送 → 搬送手段 搬送機関 搬送先 ☐ 紹介 → 紹介先 ☐ 死亡 → 場所 時刻 確認者				
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						

*追加症候群は保護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

メディカル ID

M
F

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

日時	所見	J-SPEED 該当7桁(4 年度 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

患者氏名
(力夕力ナ)

* 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	西曆
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	2013
31年	2019
新年号元年	2019

日時	所見	J-SPEED 該当コード(4 桁目受診以降)	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

[illegible]

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)	その他 ()
受渡し場所周辺の被災状況	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:)

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)

・ I r - RBC - LR (赤血球液)

・ I r - BET - LR (合成血液)

・ I r - WRC - LR (洗浄赤血球液)

・ I r - FTRC - LR (解凍赤血球液)

(血小板製剤)

・ I r - PC - LR (濃厚血小板)

(血漿製剤)

・ FFP - LR (新鮮凍結血漿) 120

・ FFP - LR (新鮮凍結血漿) 240

・ FFP - LR (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

FFP - LR 120 . . . 120

FFP - LR 240 . . . 240

FFP - LR 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

様式14-11

高知県赤十字血液センター被害状況及び血液保有状況報告書

高知県保健医療調整本部長 様

第 号

発信日 年 月 日

発信時刻 時 分

高知県赤十字血液センター所長

担当者

電話

FAX

当センターの被害状況及び血液保有状況を次のとおり報告する。

1 被害状況

人的被害状況(人)			構造物被害状況	
全職員数			建物	
被害者	死者		設備	
	行方不明		電気	
	重傷者		ガス	
	軽傷者			
	小計			
稼働可能人員				

2 使用可能血液保有状況

製剤名	ABO式	RH式	単位	製剤名	ABO式	RH式	単位

3 備考

高知県医療救護チーム等登録票

記入日: 年 月 日

派遣機関名(団体名、医療機関名、担当者、連絡先を記載)

名称:

電話番号:

メールアドレス:

※チーム構成(1にはチームの代表者をご記載ください)

1	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
2	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
3	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
4	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
5	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
6	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
チームの連絡先		主: (衛星携帯電話の場合は機種:)		
(携帯電話、衛星携帯電話等)		副: (衛星携帯電話の場合は機種:)		
希望する活動エリア	県東部・県中部・県西部・特になし			
希望する活動場所	医療機関・救護所・避難所・その他[]・特になし			
活動可能期間	月 日 時 分～ 月 日 時			
参集手段(車両の場合は台数等)	ヘリコプター・車両 ※車両の場合は 台 担送患者の搬送(可・不)			
携行資機材				

県保健医療本部記入欄	確認結果	No.
備考		
名称:	処理日: 年 月 日	
住所:		
連絡先:	県担当:	
担当者名:		

登録票提出先: 131601@ken.pref.kochi.lg.jp (高知県健康政策部保健政策課)

131301@ipstar.ne.jp (IPSTAR)

※登録の際に、こちらから医師や看護師などの免許番号を確認をさせていただく場合がございます。

様式21-3

(表)

医療救護チーム等活動許可証

チーム登録No :

派遣機関 :

氏名 :

上記の者は、活動を許可された医療救護チームであることを証明する。

登録年月日 年 月 日

高知県知事 ○○ ○○

(裏)

注意事項

- 1 本証を他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
- 2 本証を紛失した際は、高知県保健医療調整本部受援係に連絡すること。
- 3 活動を終えた際は、本証を処分すること。

問い合わせ

- ・衛星携帯電話(ワイドスター) 090-6886-8901
- ・衛星携帯電話(IPSTAR) 050-5212-0300
- ・一般電話 088-823-9667
- ・防災行政無線 ※8001-9667

※防災行政無線を使用する際は、電話機を管理している担当者に使用方法をご確認ください。