

| 治療・処置内容（続き）（ <input type="checkbox"/> は複数選択可能） | | | |
|---|--|---|---|
| 画像検査 | <input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波検査 |
| その他の検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 | <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 動脈血液ガス分析 | <input type="checkbox"/> 12誘導心電図 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> インフルエンザ簡易検査 |
| 緊急手術 | ○ なし ○ あり （入室時刻 時 分） | | |
| 外来診断（病態）名（主たる病名1つを選んで下さい） | | | |
| 神経系 | ○ 脳梗塞 ○ くも膜下出血（脳動脈瘤破裂・脳動脈奇形） ○ 脳内出血 ○ 一過性脳虚血発作（TIA） ○ 髄膜炎・脳炎 ○ 神経筋疾患 ○ 痙攣 ○ その他 | | |
| 循環器系 | ○ 急性冠症候群（ <input type="checkbox"/> 疑い）【 ○ 心筋梗塞（ <input type="checkbox"/> 疑い） · ○ 狭心症（ <input type="checkbox"/> 疑い） 】 ○ 心停止 ○ 不整脈 ○ 高血圧緊急症 ○ 急性心不全 ○ 心タンポナーデ ○ 肺血栓・塞栓症 ○ 急性大動脈解離 ○ その他 | | |
| 呼吸器系 | ○ 急性呼吸不全 ○ 慢性閉塞性肺疾患（COPD） ○ 大量咯血 ○ 喘息 ○ 自然気胸 ○ その他 | | |
| 感染症 | ○ 敗血症 ○ 感冒（インフルエンザ含む） ○ その他 | | |
| 毒薬物中毒 | ○ 睡眠薬 ○ 農薬・除草剤 ○ その他 | | |
| 消化器 | ○ 消化管出血 ○ 肝炎（○ 劇症 ○ 急性 ○ 慢性） ○ 膵炎（○ 急性 ○ 慢性） ○ 腹膜炎 ○ 胆石・胆嚢炎 ○ イレウス ○ 消化管穿孔 ○ 急性虫垂炎 ○ 急性胃腸炎 ○ その他 | | |
| 内分泌・代謝 | ○ 糖尿病性の意識障害、呼吸不全、重篤なアシドーシス ○ 低血糖 ○ 電解質異常 ○ 甲状腺・副腎機能異常 ○ その他 | | |
| 外傷 | ○ 頭部 ○ 顔面 ○ 頸部 ○ 胸部 ○ 腹部 ○ 骨盤 ○ 脊椎 ○ 四肢 ○ その他 | | |
| その他 | ○ 整形外科系 ○ 皮膚科系 ○ 眼科・耳鼻科系 ○ 産科系 ○ 婦人科系 ○ 腎・泌尿器系 ○ その他 | | |
| 緊急度評価 | | | |
| 以下は、初期診療に当たった医師のご判断について記載をお願いします（任意記載項目） | | | |
| <input type="radio"/> 赤 | <input type="radio"/> 黄 | <input type="radio"/> 緑 | <input type="radio"/> 白 |
| 直ちに蘇生・処置を必要とする病態 | 診療開始が2時間以上遅れると転帰に影響があると推測される病態 | 左記に該当しないが診療が必要な病態 | 左記に該当せず、診療を必要としない状況 |
| <input type="checkbox"/> 搬送中に症状が悪化したから <input type="checkbox"/> バイタルサインに異常を認めたから <input type="checkbox"/> 入院が必要だったから <input type="checkbox"/> 緊急処置が必要だったから <input type="checkbox"/> その他の処置が必要だったから <input type="checkbox"/> 診察のみで帰宅（再診不要）としたから <input type="checkbox"/> 医療の必要性がなかったから <input type="checkbox"/> その他 | | | |