

# 災害診療記録2018(精神保健医療版)

改訂日: 2018/10/31

| 精神保健医療版J-SPEED あてはまるもの全てに☑ |   | 相談対応日                                    | 西暦・平成   |                                   | 年  | 月 | 日 |   |   |   |  |
|----------------------------|---|--|---|-----------------------------------|--|---|---|---|---|---|--|
| 年齢                         | _____歳  |  | 相談者氏名   | (フリガナ) _____                      |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | <input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1~14歳 <input type="checkbox"/> 15~64歳 <input type="checkbox"/> 65歳~  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 性別                         | 1   | <input type="checkbox"/> 男               | 生年月日  | 西暦・大正・昭和・平成                       |  |   |   | 年 | 月 | 日   |  |
|                            | 2   | <input type="checkbox"/> 女               |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 属性                         | 3   | <input type="checkbox"/> 支援者             | 住所  |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 対応した場所                     | 4   | <input type="checkbox"/> 避難所             |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 5   | <input type="checkbox"/> 病院・救護所          |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 6   | <input type="checkbox"/> 自宅              |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 7   | <input type="checkbox"/> その他             |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 本人の訴え                      | 8   | <input type="checkbox"/> 眠れない            | [携帯]電話番号  |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 9   | <input type="checkbox"/> 不安だ             | 既往精神疾患  |                                   |  |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 |  |
|                            | 10  | <input type="checkbox"/> 災害場面が目に見え       |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 11  | <input type="checkbox"/> ゆうつだ            | 内服薬   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 12  | <input type="checkbox"/> 体の調子が悪い         |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 13  | <input type="checkbox"/> 死にたくなる          | 生活歴   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 14  | <input type="checkbox"/> 周りから被害を受けている    |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 精神的健康状態   | 行動上の問題                                   | 15  | <input type="checkbox"/> 物忘れがある   | 被災状況: <input type="checkbox"/> 家族・友人の死亡・行方不明 <input type="checkbox"/> 自身の負傷<br><input type="checkbox"/> 家屋の損壊または浸水 |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 16  | <input type="checkbox"/> その他      |  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   | ICD分類 (医師による診断)                          | 17  | <input type="checkbox"/> 話がまとまらない | 家 族: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 18  | <input type="checkbox"/> 怒っている    |  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 19  | <input type="checkbox"/> 興奮している   | 現病歴  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 20  | <input type="checkbox"/> 話しすぎる    |  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 21  | <input type="checkbox"/> 応答できない   |  |   |   |   |   |   |  |
| 22                         |   |  | <input type="checkbox"/> 徘徊している   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 23                         |   |  | <input type="checkbox"/> 自傷している   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 24                         |   |  | <input type="checkbox"/> 自殺を試みる   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 25                         |   |  | <input type="checkbox"/> 暴言・暴力をふるう  | 現症                                |  |   |   |   |   |   |  |
| 26                         |   |  | <input type="checkbox"/> 酒をやめられない   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 27                         |   |  | <input type="checkbox"/> その他  |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 28                         |   |  | <input type="checkbox"/> F0: 認知症, 器質性精神障害   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 29                         | <input type="checkbox"/> F1: 物質性精神障害  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 30                         | <input type="checkbox"/> F2: 統合失調症関連障害  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 31                         | <input type="checkbox"/> F3: 気分障害   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 32                         | <input type="checkbox"/> F4: 神経症, ストレス関連障害  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 33                         | <input type="checkbox"/> F5: 心身症  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 34                         | <input type="checkbox"/> F6: 人格・行動の障害   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 35                         | <input type="checkbox"/> F7: 知的障害<精神遅滞>   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 36                         | <input type="checkbox"/> F8: 心理的発達の障害   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 37                         | <input type="checkbox"/> F9: 児童・青年期の障害  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 38                         | <input type="checkbox"/> F99: 診断不明  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 39                         | <input type="checkbox"/> G40: てんかん  |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 必要な支援                      | 40  | <input type="checkbox"/> 精神医療            | 対応・引継 (処方内容含む)  |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 41  | <input type="checkbox"/> 身体医療            |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 42  | <input type="checkbox"/> 保健・福祉・介護        |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 43  | <input type="checkbox"/> 地域・職場・家庭等での対応   |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 対応                         | 44  | <input type="checkbox"/> 処方              |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 45  | <input type="checkbox"/> 入院・入所           |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 46  | <input type="checkbox"/> 地域の保健医療機関へ紹介・調整 |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 47  | <input type="checkbox"/> 傾聴・助言等          |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 転帰                         | 48  | <input type="checkbox"/> 支援継続            | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">           今回の対応者と同じ組織による支援が終了する場合、あるいは、他の支援組織の支援が継続される場合は「支援終了」に         </div> |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 49  | <input type="checkbox"/> 支援終了            |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 災害と精神的健康状態の関連 (医師による判断)    | 50  | <input type="checkbox"/> 直接的関連           | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             対応した医師が判断しチェックする。           </div>                                  |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 51  | <input type="checkbox"/> 間接的関連           |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            | 52  | <input type="checkbox"/> 関連なし            |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
| 所属チーム名                     | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             基本的には、災害による新規疾病発症等を「直接的関連」、既存の疾病の増悪等を「間接的関連」としてチェックする。ただし、対応した医師による判断にて決定してよい。           </div> |  | 相談者への対応者名   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  | 医師  | 看護師(保健師含む)                        | 業務調整員  |   |   |   |   |   |  |
| メディカルID                    |   |  |   |                                   |  |   |   |   |   |   |  |
|                            |   |  |   |                                   | M<br>F   |   |   |   |   |   |  |