

患者情報入力2

応急救護所1

現在 GPS機能
は使えません

災害地	三郷本番
QRコード	645

デジタルトリアージシステム2018版 前期_T
DMAT活動に関連する部署の選択を行ってください

患者情報は必ず最初にトリアージポストから入力してください。
端末情報がサーバーに記録されます。

事前登録

トリアージポスト

応急救護所

搬送指示担当

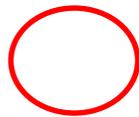
搬送救急隊

搬送医療機関

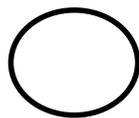
デジタルトリアージシステム2018版 前期_T 【救護所 登録情報】
救護所情報の入力後、「登録」ボタンをクリックします。

緯度経度

災害地域	三郷本番
QRコード	645
タグ記載 番号 (必須)	<input type="text"/>
傷病者名 (必須)	傷病者 645 <input type="text"/>
年齢 (必須)	年齢 () 才 乳幼児 青少年 成人 高齢者 不明 <input type="text"/>
性別 (必須)	男性 女性 不明 <input type="text"/>
処置時間	2021/11/23 9:46
主要診断 (必須)	<input type="text"/>

 必須入力項目です； 未入力の場合確認送信できません

 非必須入力項目です
傷病者名、入力者名、所属など

 既に入力されている 必須入力項目です；
未入力の場合確認送信できません



患者情報入力2

応急救護所

重症度 (必須)	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III
搬送優先度	0
初期評価異常の有無 (必須)	<input checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 呼吸数 () 回/分 SpO2 () % <input type="checkbox"/> C 脈拍数 () 回/分 収縮期/拡張期血圧 () mmHg <input type="checkbox"/> D GCS E () V () M () TOTAL: 0 0 GCS 0 関連項目 体温 () °C その他 ()
実施済処置の有無 (必須)	<input checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> エアウェイ <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 輪状甲状靭帯切開 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 胸腔ドレナージ <input type="checkbox"/> フレイル固定 <input type="checkbox"/> 用手 (人工) 換気 <input type="checkbox"/> 圧迫止血 <input type="checkbox"/> 細胞外液輸液 <input type="checkbox"/> 心嚢穿刺・ドレナージ <input type="checkbox"/> SMR <input type="checkbox"/> 骨盤シーツラッピング <input type="checkbox"/> 創被覆 <input type="checkbox"/> 四肢固定 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> その他 ()



緊急に必要な処置・治療 (必須)	<input checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 除染 <input type="checkbox"/> その他 ()
処置内容	()
経緯度	0 0
画像	<input type="button" value="ファイルを選択"/> <input type="button" value="ファイル未選択"/> 後から記入も可
搬送優先度・その他	()
メディカルID	()
入力者 所属氏名	()
入力者 資格	<input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()

確認

戻る