

# 様式集

共通様式 1	EMIS 代行入力依頼書 (緊急時入力) .....	1
共通様式 2	EMIS 代行入力依頼書 (詳細入力) .....	2
共通様式 4	医療従事者等派遣要請書・応諾連絡書 .....	4
共通様式 5	重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書 .....	5
共通様式 5	へり支援要請書 .....	6
添付様式		
共通様式 6-1	緊急支援物資輸送 要請票 .....	7
共通様式 8	燃料調整シート .....	8
共通様式 9	広域医療搬送適用患者報告書 .....	10
様式 12	災害診療記録 2018 .....	11
	災害診療記録 2018 外傷版 (初期評価) .....	15
様式 14-1	医薬品等供給要請書 兼 応諾連絡書 .....	17
様式 14-7	医薬品等受領書 .....	18
様式 14-8	備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書 .....	19

出典：高知県災害時医療救護計画（平成 31 年 4 月改訂）

救急医薬品等一覧（備品分） .....	20
---------------------	----



## E M I S 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	F A X 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（該当項目を○で囲ってください。）

入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ	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		F A X 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 施設の倒壊、または倒壊のおそれ (該当項目を○で囲ってください。)

入院病棟	有	無	救急外来	有	無
一般外来	有	無	手術室	有	無
その他 (上記以外に倒壊、または破損のおそれの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 (該当項目を○で囲ってください。)

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	正常	残り(貯水・給水 対応中の場合)
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)
	配管破損の有無		有	無	半日・1日・2日以上
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)
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)
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。)					

3 医療機関の機能 (該当項目を○で囲ってください。)

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)

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	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)

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)

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

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

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(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	

共通様式 4

医療従事者等派遣 要請書

■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

参集場所

--

備考

--

必要人員							活動場所
医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務 職員	

医療従事者等派遣 応諾連絡書

市町村派遣人員							派遣場所
医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務 職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関			
月 日～ 月 日							

県保健医療支部派遣人員							派遣場所
医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務 職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関			
月 日～ 月 日							

県保健医療本部派遣人員							派遣場所
医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務 職員	
派遣期間		移動手段		医療従事者所属機関			
月 日～ 月 日							

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	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

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							応諾機関記載項目	
tag. no.	氏 名	年齢	性別	トリアージ区分	担送・護送の別		受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)							連絡先	
傷病名・処置		血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	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)							連絡先	
傷病名・処置		血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	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)							連絡先	
傷病名・処置		血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	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)							連絡先	
傷病名・処置		血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	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

ヘリ支援要請書

要請機関 (発信者)		災对本部等の名称		担当者氏名		電話番号				
要 請 内 容  (該 当 項 目 に ○)	情報収集	目 的								
		情報収集場所								
		情報収集項目		全般 住家 道路 その他 ( )						
		情報収集手段		映像 写真 口頭 その他 ( )						
		同 乗 者	有 無		無 有 ( 名 )					
			代表者		役職		氏名			
			離着陸場所							
	消火活動 ※	位置情報		下欄「離着陸場所 (LP) 等」に記入						
		周辺の状況								
		給水適地等		無 有 ( )						
	搜索救助活動 ※	位置情報		下欄「離着陸場所 (LP) 等」に記入						
		要救助者数等		名 その他 ( )						
	救急患者搬送 ※	患者数								
		患者の状態		※「高知県災害時医療救護計画」掲載の共通様式5に記載して添付						
		付き添い者		無 有 ( )						
		担 架		無 有 ( )						
		搬送先等								
	罹災者搬送 ※	罹災者数								
		罹災者の状態								
		搬送先等								
人員輸送	目 的									
	人 数		名							
	代表者		役職		氏名					
	搬送先									
物資輸送	品 名									
	容 積		高さ		c m、 幅		c m、 奥行		き c m	
	重量、状態等		k g (状態等 )							
離着陸場所 (LP) 等	位置情報		緯度・経度 U T M座標 <位置情報不明の場合> 著名な場所 (ランドマーク) からの方向・距離 から の方向に m 特徴							
			地上支援要員		無 有 (氏名 無線の種類		連絡先 コールサイン )			
			現地気象		天気		視程		m	
				風向		風速		m/ s		

※支援可能機数に比較して要請件数が多いことが予想され、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。



## 緊急支援助物資輸送 要請票

(施設名) ※医療機関・医療救護所名
(担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)
(把握している場合：移動系防災無線局番号)



<b>提出先</b>	(提出先名) ※市町村の災害対策本部
	(担当者名) (電話番号)
<b>備考</b>	

※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		数量		備考 (商品詳細、必要な人数の概要、緊急度合い、配達希望日、アレルギーの有無、要介護者等を記載)
品目	大分類	中分類	小分類	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

## 燃料調整シート

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)	<input type="checkbox"/> 出光 <input type="checkbox"/> 太陽 <input type="checkbox"/> コスモ <input type="checkbox"/> キガナス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> JXTG <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ガソリン <input type="checkbox"/> ジェット <input type="checkbox"/> 灯油 <input type="checkbox"/> 軽油 <input type="checkbox"/> A重油 ( <input type="checkbox"/> LSA/ <input type="checkbox"/> HSA) (注3) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ローリー (含ミニ) <input type="checkbox"/> ドラム缶 <input type="checkbox"/> 携行缶・ポリタンク <input type="checkbox"/> コンテナ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
配送希望日	年 月 日				
<b>(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。)</b>					
ローリーサイズ上限	<input type="checkbox"/> 14KL以上 ( KL) ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 地下 <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ有) <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ無) <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 有 ( m) 、 <input type="checkbox"/> 無)				
給油規格	口径	<input type="checkbox"/> 1.5インチ <input type="checkbox"/> 2インチ <input type="checkbox"/> 2.5インチ <input type="checkbox"/> 3インチ <input type="checkbox"/> 3.5インチ <input type="checkbox"/> 4インチ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	名称	<input type="checkbox"/> JIS (PT・PF) <input type="checkbox"/> 出光 <input type="checkbox"/> 極東 <input type="checkbox"/> 金剛 <input type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> タツノ <input type="checkbox"/> 東急 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> Mネジ <input type="checkbox"/> 旧モービル <input type="checkbox"/> 旧ゼネラル <input type="checkbox"/> 旧エツソ <input type="checkbox"/> NM-L <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> T-80 <input type="checkbox"/> T-80L <input type="checkbox"/> T-100 <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> SI-301L <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	形式	<input type="checkbox"/> 外ネジ <input type="checkbox"/> 内ネジ <input type="checkbox"/> ワンタッチ <input type="checkbox"/> 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。

共通様式 9

広域医療搬送適用患者報告書	
発信元	医療機関名 <span style="float: right;">担当</span>
	電話番号 <span style="float: right;">FAX番号</span>
	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

\* 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
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: <input type="checkbox"/> 健存 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 家族・ <input type="checkbox"/> 知人・ <input type="checkbox"/> その他・ <input type="checkbox"/> 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(常用薬等)】**

- 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	診察場所	* 所属・医師サイン
	年 月 日		

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⇒ 19500908Mトヨトミヒデヨ

トリアージタグ	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黒 番号:
---------	---

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

初診医師氏名

一般診療版 J-SPEED2018 当てはまるもの全てに☑					バイタルサイン	意識障害: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	呼吸数: / min						
初診日		西暦	年	月	日	再診	再々診	血圧: / mmHg	体温: °C				
Demographics		年齢			再診 日付 /	再々診 日付 /	脈拍: / min 整・不整						
		歳											
		<input type="checkbox"/> 0歳, <input type="checkbox"/> 1-14歳, <input type="checkbox"/> 15-64歳, <input type="checkbox"/> 65歳-											
性別・受診区分		1	<input type="checkbox"/>	男性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	身長・体重						
		2	<input type="checkbox"/>	女性(妊娠なし)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	身長: cm	体重: / kg					
		3	<input type="checkbox"/>	女性(妊娠あり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	既往症						
		4	<input type="checkbox"/>	中等症(トリアージ黄色)以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他						
		5	<input checked="" type="checkbox"/>	再診患者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	予防接種						
		6	<input type="checkbox"/>	頭頸・脊椎の重症外傷(PAT赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 今期インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他( )						
		7	<input type="checkbox"/>	体幹の重症外傷(PAT赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主訴						
		8	<input type="checkbox"/>	四肢の重症外傷(PAT赤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	現病歴 (日本語で記載)						
		9	<input type="checkbox"/>	中等症外傷(PAT赤以外・入院必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 外傷⇒黄色タグ以上は外傷版記録へ(J-SPEEDは記入) <input type="checkbox"/> 精神保健医療⇒精神保健医療版記録へ(J-SPEEDは記入)						
		10	<input type="checkbox"/>	軽症外傷(外来処置のみで加療可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Health Events		11	<input type="checkbox"/>	創傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		12	<input type="checkbox"/>	骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		13	<input type="checkbox"/>	熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		14	<input type="checkbox"/>	溺水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		15	<input type="checkbox"/>	クラッシュ症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		16	<input type="checkbox"/>	発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		17	<input type="checkbox"/>	急性呼吸器感染症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		18	<input type="checkbox"/>	消化器感染症、食中毒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		19	<input type="checkbox"/>	麻疹疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		20	<input type="checkbox"/>	破傷風疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		21	<input type="checkbox"/>	急性血性下痢症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		22	<input type="checkbox"/>	緊急の感染症対応ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		23	<input type="checkbox"/>	人工透析ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		24	<input type="checkbox"/>	外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		25	<input type="checkbox"/>	感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		26	<input type="checkbox"/>	災害ストレス関連諸症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診断						
		27	<input type="checkbox"/>	緊急のメンタル・ケアニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処置						
		28	<input type="checkbox"/>	深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈血栓症疑い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方						
		29	<input type="checkbox"/>	高血圧状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	転帰 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 搬送 → 搬送手段 搬送機関 搬送先 <input type="checkbox"/> 紹介 → 紹介先 <input type="checkbox"/> 死亡 → 場所 時刻 確認者						
		30	<input type="checkbox"/>	気管支喘息発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		31	<input type="checkbox"/>	緊急の産科支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		32	<input type="checkbox"/>	皮膚疾患(外傷・熱傷以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		33	<input type="checkbox"/>	掲載以外の疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		34	<input type="checkbox"/>	緊急の栄養支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		35	<input type="checkbox"/>	緊急の介護/看護ケアニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		36	<input type="checkbox"/>	緊急の飲料水・食料支援ニーズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		37	<input type="checkbox"/>	治療中断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		38	<input type="checkbox"/>	高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		39	<input type="checkbox"/>	低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		40	<input type="checkbox"/>	四肢切断(指切断を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		41	<input type="checkbox"/>	出産・帝王切開・その他産科処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		42	<input type="checkbox"/>	医療フォロー不要(再診不要)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		43	<input type="checkbox"/>	医療フォロー必要(再診指示)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		44	<input type="checkbox"/>	紹介(紹介状作成等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		45	<input type="checkbox"/>	搬送(搬送調整実施等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		46	<input type="checkbox"/>	入院(自施設)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		47	<input type="checkbox"/>	患者自身による診療継続拒否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		48	<input type="checkbox"/>	受診時死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		49	<input type="checkbox"/>	加療中の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		50	<input type="checkbox"/>	長期リハビリテーションの必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		51	<input type="checkbox"/>	直接的関連あり(災害による外傷等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	対応者署名 (判読できる文字で記載)						
		52	<input type="checkbox"/>	間接的(環境変化による健康障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		53	<input type="checkbox"/>	関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		54	<input type="checkbox"/>	保護を要する小児(孤児等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		55	<input type="checkbox"/>	保護を要する成人高齢者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		56	<input type="checkbox"/>	性暴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		57	<input type="checkbox"/>	暴力(性暴力以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		58	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		59	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		60	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		Context				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>

\*追加症候群は保健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 該当コード(4 度目 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

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
----------------	-------------------------	------	--------------------

年号	西暦
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	2018
31年	2019
新年号元年	2019

日時	所見	J-SPEED 該当コード(4 度目受診以降)	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

メディカル ID																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



災害診療記録2018 外傷版（初期評価）（表）

\* 項目は、および必要記入項目です。

改訂日：2018/10/31

* 氏名	* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載	* 生年月日 年齢	性別 M T S H 年 月 日 歳	* 年齢不詳の場合は推定年齢 男 女								
A 気道 <input type="checkbox"/> 気道の異常有り( <input type="checkbox"/> ゴロゴロ音 <input type="checkbox"/> 閉塞 <input type="checkbox"/> 狭窄)→次ページ「A 気道の異常」項目へ <input type="checkbox"/> 気道開通(正常な発語あり)→下記「B 呼吸」項目へ												
B 呼吸 SpO2 % 呼吸数 回/分 努力様呼吸 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 呼吸音の左右差 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右>左 <input type="checkbox"/> 右<左) 皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 <b>➔ 異常なければC項へ、異常あれば次ページ「B・Cの異常」項目へ</b>												
C 循環 心拍数 回/分 血圧 / mmHg ショックの徴候 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 脈の異常) 活動性出血 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 所見なし 所見有り( <input type="checkbox"/> 心嚢 <input type="checkbox"/> モリソン窩 <input type="checkbox"/> 脾周囲 <input type="checkbox"/> ダグラス窩 <input type="checkbox"/> 右胸腔 <input type="checkbox"/> 左胸腔) [ 胸部X線写真 血胸・気胸 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) 骨盤X線写真 不安定型骨盤骨折 <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 ] <b>➔ 異常なければD項へ、異常あれば次ページ「Cの異常」項目へ</b>												
D 中枢神経の機能障害 意識レベル(GCS) E ___ V ___ M ___ 合計 ___ <table border="1" data-bbox="276 1099 1362 1301"> <tr> <td data-bbox="276 1099 595 1301">                     E 4 開眼している                      3 呼びかけで開眼する                      2 刺激で開眼する                      1 何をしても開眼しない                 </td> <td data-bbox="595 1099 986 1301">                     V 5 時・場所・人を正確に言える                      4 混乱した会話                      3 不適當な単語                      2 無意味な発言                      1 発声なし又は挿管中                 </td> <td data-bbox="986 1099 1362 1301">                     M 6 命令に応じる                      5 痛み刺激を払いのける                      4 痛みに手足を引っ込める                      3 上肢の異常屈曲                      2 四肢の異常伸展                      1 全く動かない                 </td> </tr> </table> 瞳孔径(右 mm 左 mm) 対光反射(右 左 ) 片麻痺( <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有) 「切迫するD」 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> GCS 8点以下、 <input type="checkbox"/> 観察中にGCSで2点以上の低下、 <input type="checkbox"/> 瞳孔不同、 <input type="checkbox"/> 片麻痺、 <input type="checkbox"/> クッシング徴候) <b>➔ 異常なければ下記E項へ、異常あれば次ページのD項へ</b>					E 4 開眼している 3 呼びかけで開眼する 2 刺激で開眼する 1 何をしても開眼しない	V 5 時・場所・人を正確に言える 4 混乱した会話 3 不適當な単語 2 無意味な発言 1 発声なし又は挿管中	M 6 命令に応じる 5 痛み刺激を払いのける 4 痛みに手足を引っ込める 3 上肢の異常屈曲 2 四肢の異常伸展 1 全く動かない					
E 4 開眼している 3 呼びかけで開眼する 2 刺激で開眼する 1 何をしても開眼しない	V 5 時・場所・人を正確に言える 4 混乱した会話 3 不適當な単語 2 無意味な発言 1 発声なし又は挿管中	M 6 命令に応じる 5 痛み刺激を払いのける 4 痛みに手足を引っ込める 3 上肢の異常屈曲 2 四肢の異常伸展 1 全く動かない										
E 保温と脱衣 体温 °C 保温に努め、全身観察 外傷(身体所見)の評価												
Cr 圧挫症候群 <input type="checkbox"/> 無 / 有( <input type="checkbox"/> 四肢の狭圧、 <input type="checkbox"/> 麻痺、 <input type="checkbox"/> 感覚障害、 <input type="checkbox"/> ポートワイン尿、 <input type="checkbox"/> 高カリウム血症、 <input type="checkbox"/> 心電図異常 )												
特記事項等(自由記載)												
確認時刻 月 日 時 分												
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⇒ 19500908MTヨトミヒデヨ												
メディカルID												

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 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> エアウェイ <input type="checkbox"/> 気管挿管（挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml） <input type="checkbox"/> 輪状甲状靭帯切開（気切チューブ 内径 mm カフ ml）	
B・Cの異常 <input type="checkbox"/> 酸素投与（ L/分） <input type="checkbox"/> 胸腔ドレナージ（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 サイズ Fr 吸引圧 cmH2O） <input type="checkbox"/> 気管挿管（挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml） <input type="checkbox"/> 人工呼吸（F <sub>i</sub> O <sub>2</sub> TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O）	
Cの異常 <input type="checkbox"/> 圧迫止血 <input type="checkbox"/> 細胞外液輸液 <input type="checkbox"/> 心電図モニター <input type="checkbox"/> 心嚢穿刺・切開ドレナージ <input type="checkbox"/> 胸部X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨盤X線撮影 <input type="checkbox"/> 骨盤シートラッピング <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> 四肢の循環障害	
Dの異常 <input type="checkbox"/> 酸素投与（ L/分） <input type="checkbox"/> 気管挿管（挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml） <input type="checkbox"/> 頭部CT検査	
その他の処置 <input type="checkbox"/> 末梢ルート①（ G <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢） ②（ G <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢） <input type="checkbox"/> NG チューブ（ Fr cm固定） <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル Fr <input type="checkbox"/> 動脈ライン（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢） <input type="checkbox"/> 末梢血検査 <input type="checkbox"/> 血液ガス分析 <input type="checkbox"/> 創傷処置（ <input type="checkbox"/> 投与薬物（ )	
受傷機転	
傷病分類 <input type="checkbox"/> 頭頸部（ <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 頸部外傷 <input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄損傷） <input type="checkbox"/> 顔面（ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 眼損傷 <input type="checkbox"/> 耳損傷 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 口腔損傷） <input type="checkbox"/> 胸部（ <input type="checkbox"/> フレイル chests <input type="checkbox"/> 肋骨骨折（ <input type="checkbox"/> 多発） <input type="checkbox"/> 血胸 <input type="checkbox"/> 気胸） <input type="checkbox"/> 腹部（ <input type="checkbox"/> 腹腔内出血 <input type="checkbox"/> 腹膜炎（ <input type="checkbox"/> 腹部反跳痛 <input type="checkbox"/> 筋性防御） <input type="checkbox"/> 腎・尿路損傷（ <input type="checkbox"/> 肉眼的血尿）） <input type="checkbox"/> 四肢と骨盤（ <input type="checkbox"/> 両側大腿骨骨折 <input type="checkbox"/> 開放性骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 骨盤骨折（ <input type="checkbox"/> 不安定型）） <input type="checkbox"/> 体表（ <input type="checkbox"/> 剥皮創 <input type="checkbox"/> 穿通創 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 熱傷（ <input type="checkbox"/> Ⅱ度 <input type="checkbox"/> Ⅲ度 面積 % <input type="checkbox"/> 気道熱傷有） <input type="checkbox"/> 圧挫症候群 <input type="checkbox"/> 胸・腰椎（髄）損傷 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 汚染（ <input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 放射線） <input type="checkbox"/> その他の傷病名（身体所見）（ )	
必要な治療・処置 <input type="checkbox"/> 外科的治療（ <input type="checkbox"/> 緊急手術を要す、 <input type="checkbox"/> 待機的手術を要す） <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 動脈塞栓術（TAE） <input type="checkbox"/> 創外固定 <input type="checkbox"/> 直達牽引 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 除染（ <input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> 放射性物質） <input type="checkbox"/> 破傷風トキソイド <input type="checkbox"/> 抗破傷風免疫グロブリン <input type="checkbox"/> 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

メディカルID								M F								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--

様式14-1

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 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">区分</span>	機関名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">区分</span>	機関名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">区分</span>	機関名 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">区分</span>
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)	<input type="checkbox"/> 要請機関 <input type="checkbox"/> 市町村災害対策本部 <input type="checkbox"/> 管轄福祉保健所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
受渡し場所周辺の被災状況	<input type="checkbox"/> 車両通行に支障なし <input type="checkbox"/> 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県医療	⑥県医療	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 )

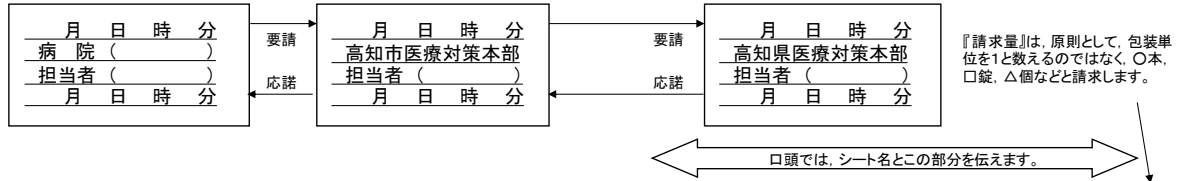
医薬品等受領書			
年	月	日	
様			
長			
下記医薬品等を受領しました。			
1 受領医薬品等			
品名	規格等	数量	備考
2 受領日時及び場所			
受領日時	年	月	日
	時	分	
受領場所			
			受領者サイン

発信機関・担当者	送信先
----------	-----

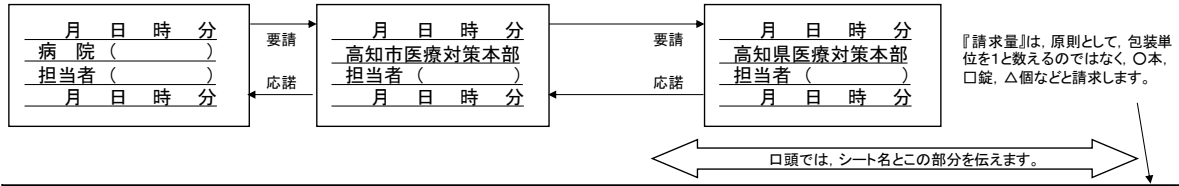
### 備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書

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						

救急医薬品等一覧(備蓄分)



薬効分類	3桁コード	作用機序等	一般名	No.	商品名	包装	単位	請求量
細胞外液 補充液 維持液 代用血液	331	血液代用剤	局方生理食塩液	1	局方生理食塩液 20ml		50 本	
	331	血液代用剤	局方生理食塩液	2	局方生理食塩液 100ml		10 本	
	331	血液代用剤	局方生理食塩液	3	局方生理食塩液 500ml		30 本	
	331	血液代用剤	局方生理食塩液	4	局方生理食塩液 20mlシリンジ		50 本	
	323	糖類剤	局方5%ブドウ糖注射液	5	5%大塚糖液 20ml		50 本	
	323	糖類剤	局方5%ブドウ糖注射液	6	5%大塚糖液 100ml		10 本	
	323	糖類剤	局方5%ブドウ糖注射液	7	5%大塚糖液 500ml		20 本	
	323	糖類剤	50%ブドウ糖注射液	8	50%大塚糖液 20ml		50 本	
	331	血液代用剤	維持液3号注射液	9	ソルデム3A 200ml		20 本	
	331	血液代用剤	維持液3号注射液	10	ソルデム3A 500ml		20 本	
	331	血液代用剤	乳酸リンゲル液	11	ラクテック注射液 500ml		20 本	
解熱鎮痛 消炎剤	114	プロピオン酸系	ロキソプロフェンナトリウム錠(60mg1T)	12	ロキソニン錠 1錠		100 錠	
	114	アニリン系	アセトアミノフェン錠200mg	13	カロナール錠200mg 1錠		100 錠	
	114	アニリン系	アセトアミノフェン細粒	14	カロナール細粒20% 0.5g		1200 包	
	114	アニリン系	アセトアミノフェン坐剤(100mg1個)	15	アンヒバ坐剤100mg 100mg		50 個	
	114	アリアル酢酸系	ジクロフェナクナトリウム坐剤(25mg1個)	16	ボルタレン・サボ 25mg		50 本	
	114	ピラゾロン系	局方スルピリン注射液(25%)	17	メチロン注射液25% 2ml		100 本	
	114	半合成オピオイド	ベンタゾシン注射液	18	ベンタジン注射液15mg 15mg		50 本	
抗生物質 「注射」 「内服」 「合成抗 菌剤」	613	カルバペネム系	メロベネム水和物	19	メロベン点滴用 0.5g		10 キット	
	613	セフェム系	塩酸セフトリアム(生食100ml付き)	20	パンスボリン静注用1g/バックS 1g		10 袋	
	613	セフェム系	セファゾリン(生食100ml付)	21	セファメジンα キット1g 1g		10 キット	
	613	セフェム系	セファクロル(250mg1P)	22	ケファールカプセル250mg 1カプセル		100 錠	
	613	セフェム系	セファクロル細粒	23	ケファール細粒10% 1g		120 包	
	614	マクロライド系	クラリスロマイシン(200mg1T)	24	クラリス錠200 1錠		100 錠	
	614	マクロライド系	クラリスロマイシン細粒	25	クラリスドライシロップ10%小児用 0.5g		120 包	
	624	ニューキノロン系	レボフロキサシン(500mg1T)	26	クラビット錠 1錠		100 錠	
	624	ニューキノロン系	トスフロキサシントシル酸塩	27	オゼックス細粒小児用15% 0.5g		100 包	
殺菌 消毒剤	261	殺菌消毒剤	ポビドンヨード(10%250ml)	28	イソジン液 250ml		1 本	
		殺菌消毒剤	消毒綿(4cm×4cm)	29	イソプロ綿 60枚		20 ハット	
	261	殺菌消毒剤	手指消毒剤	30	ウェルバス 500ml		1 本	
外用剤	263	外用アミノグリコシド系	硫酸ゲンタマイシン(10g)	31	ゲンタシン軟膏0.1% 10g		10 本	
	264	外用ステロイド剤	吉草酸ベタメタゾン・ゲンタマイシン(10g)	32	リデロンVG軟膏0.12% 10g		10 本	
止血剤	332	血管増強剤	カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム(0.5%20ml1A)	33	アドナ(AC-17)注射液(静注用) 20ml		50 本	
	332	抗プラズミン薬	トランキサミン酸(10%10ml1A)	34	トランミン注射液(10%) 10ml		50 本	
強心剤 昇圧剤	211	カテコラミン	塩酸ドパミン注(0.3% 600mg)	35	ブレドパ注600mg 200ml		10 袋	
	211	カテコラミン	塩酸ドブタミン注(0.3% 600mg)	36	ドブトレックス注600mg 200ml		10 袋	
	245	カテコラミン	局方アドレナリン注射液(0.1%1ml1A)	37	アドレナリン注0.1%シリンジ 1ml		10 筒	
	245	カテコラミン	ノルアドレナリン注射液	38	ノルアドレナリン注1mg 1mg		10 本	
	217	硝酸剤	ニトログリセリン(0.3mg)	39	ニトロベン錠 1錠		100 錠	
局所麻酔剤	212	局所麻酔剤	局方リドカイン注射液(1%10ml1A)	40	キシロインボリアンプ1% 10ml		10 本	
	121	局所麻酔剤	局方リドカインゼリー 2%	41	キシロインゼリー-2% 30ml		5 本	
	121	局所麻酔剤	局方リドカイン(80g1本)	42	キシロインスプレー 1本		1 本	
シップ薬剤	264	経皮吸収剤(フェニル酢酸系)	ジクロフェナクナトリウム15mgテープ	43	ボルタレンテープ15mg等 1枚		10 枚	
解毒剤	124	鎮痙剤(抗コリン)	硫酸アトロピン注射液(0.05%1mL)	44	アトロピン注0.05%シリンジ 1ml		20 本	
	393	補正用製剤(アルカリ化)	炭酸水素ナトリウム注射液8.4%	45	メイロン注8.4% 250ml		10 本	



薬効分類	3桁コード	作用機序等	一般名	No.	商品名	包装	単位	請求量
その他医薬品 降圧剤 ステロイド剤等	217	Ca拮抗剤	ニフェジピン	46	アダラートCR 10mg	100	錠	
	217	ACE阻害剤	マレイン酸エナラプリル	47	レニベース錠 5mg	100	錠	
	212	β 遮断剤	アテノロール	48	テノミン錠 50mg	100	錠	
	214	Ca拮抗剤	塩酸ニカルジピン注射液	49	ベルジピン注射液10mg10mL 10mg	10	本	
	245	副腎皮質ステロイド剤	ヒドロコルチゾン 100mg	50	サクシン注射液 2ml	10	本	
	213	ループ系利尿剤	フロセミド20mg	51	ランックス注射液 2ml	10	本	
			洗浄用生理食塩水	52	洗浄用生理食塩水 500ml	20	本	
		洗浄用精製水	53	洗浄用精製液 500ml	20	本		
衛生材料			ガーゼ滅菌パック(7.5×10cm)1枚パック	54	ガーゼ 100袋	10	箱	
			ガーゼ滅菌パック(7.5×7.5cm)2枚パック	55	50袋	10	箱	
			ガーゼ滅菌パック(5×5cm)1枚パック	56	100袋	10	箱	
			包帯(3.8cm×4.5m)	57	包帯 10巻	50	箱	
			包帯(7.5cm×4.5m)	58	6巻	30	箱	
			紙絆創膏(9mm×10m)	59	絆創膏 1個	10	個	
			サージカルテープ(25mm×9m)	60	1個	12	個	
		救急絆創膏(S・M・L 300枚)	61	救急絆創膏 1枚	300	枚		
医療用品 医療器具			輸液セット静脈針付中間チューブ TS-A450PK	62	輸液セット 1セット	50	セット	
			輸液セット(小児用)静脈針なし TK-A200LK	63	輸液セット(小児用) 1セット	50	セット	
			輸液セット静脈針付TB-A400L	64	輸血セット 1セット	50	セット	
			留置針22G SR-OT2232C	65	留置針 1セット	50	セット	
			留置針20G SR-OT2032C	66	留置針 1セット	50	セット	
			翼付静脈針22G SV-22CLK	67	翼付静脈針 1セット	50	セット	
			注射筒針付23G 2.5ml	68	ディスプレイ注射筒 1本	100	本	
			注射筒針付22G 5ml	69	注射筒針付22G 5ml	100	本	
			注射筒針付22G 10ml	70	注射筒針付22G 10ml	100	本	
			注射筒針なし 20ml	71	注射筒針なし 20ml	50	本	
			注射針18G	72	注射針18G	100	本	
			注射針21G	73	注射針21G	100	本	
			ホルダー・替刃	74	ディスプレイ替刃メス 1枚	20	枚	
			ピンセット	75	ピンセット(ディスプレイ) 1丁	1	丁	
			縫合針各種	76	縫合針 1本	10	本	
		滅菌済縫合糸各種	77	滅菌済縫合糸 1m	10	m		
		手術用手袋S・M・L	78	手術用手袋 1双	20	双		
		ラテックス手袋M	79	ラテックス手袋 50双	20	箱		