

東京都脳卒中医療連携/救急搬送患者調査票

東京都では、脳卒中を発症した患者が可能な限り早期に脳卒中急性期医療機関に搬送され、予測される後遺症が可能な限り軽減されるよう、適切な治療を受けることができるようにするため、「東京都脳卒中医療連携協議会」での検討を経て、平成21年3月9日から「東京都脳卒中救急搬送体制」を開始しました。

開始後まもなく1年を経過するにあたり、この「救急搬送体制」の運用状況を「救急隊」「医療機関」相互において評価検証することにより、今後の脳卒中患者の救急搬送と急性期医療の充実に活かしていきたいと考えます。

そこで、救急隊が救急搬送した全症例について、下記のとおり調査することとなりましたので、貴医療機関におかれましてもご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

【調査対象医療機関】

- ・東京都脳卒中急性期医療機関
- ・東京都指定二次救急医療機関

【対象症例】

- ・救急隊が上記医療機関に搬送した全症例
※脳卒中以外も含めた全症例

【調査期間】

- ・平成22年2月22日(月)8時30分から3月1日(月)8時30分までの1週間
※平成22年3月10日(水)までに回収します。
(詳細は各医療機関へ通知してありますので、ご不明の場合は、本調査に関する各医療機関の担当者にお聞きください)

東京都脳卒中医療連携協議会
東京都メディカルコントロール協議会
社団法人東京都医師会

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課
担当 中村、菅瀬
03-5320-4446

【1枚目→医療機関記入後、都へ提出】

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄

A 傷病者氏名(カナ) _____

B 年齢 _____ 歳

C 性別 (1 男 2 女)

D 救急隊名 _____ 隊

E 覚知日時 平成 年 月 日 時 分

F 搬送先医療機関 _____

G 病着時分 時 分

H 脳卒中疑い (1 判断 2 非該当)

I 転送(脳卒中の場合のみ)
 (1 あり 2 なし 3 受入れ)

J 収容後転院搬送 (1 あり 2 なし)

ア) 欄

ウ) 欄

医療機関記入欄

A 医療機関名 _____

B 診療科名 _____

C 担当医師 _____

D 確定診断(今回のエピソードが)
 (1 脳卒中である 2 脳卒中でない)
 (TIAを含む) ↓
 ◆ その場合の確定診断 _____

※以下の記入は不要

E 脳卒中の種類
 1 脳梗塞 (TIAを含む)
 2 脳出血
 3 くも膜下出血

F 発症日時 月 日 時 分

G 治療内容(入院後1週間以内に実施)
 1 t-PA静注療法 (1 あり 2 なし)
 2 脳血管内治療 (1 あり 2 なし)
 3 脳外科手術 (1 あり 2 なし)

H 経過 (1 外来受診のみ 2 入院)

I 転帰
 1 外来診療のみ→その時点の転帰
 (1 改善 2 不変 3 増悪)
 4 転送 (理由 1 脳外科手術が必要
 2 その他の専門的治療が必要
 3 その他)
 ※転送先医療機関名 _____
 5 死亡

2 入院の場合
 →入院1週間後の転帰※
 ※1週間経過前に転院・退院した場合は
 転院・退院時の転帰
 1 病状 (1 改善 2 不変 3 増悪)
 (4 死亡)
 (入院時と比較して)

2 入院状況
 (1 入院中 2 退院)
 3 転院 (理由 1 脳外科手術が必要
 2 その他の専門的治療が必要
 3 その他)
 ※転院先医療機関名 _____

◆診療医師から救急隊へ指導事項があれば記入してください

※救急隊記入後、1枚目、2枚目を医療機関へ渡す。

※医療機関記入後、1枚目を都へ提出。2枚目は医療機関で保管。

【2枚目→医療機関で保管】

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄

A 傷病者氏名(カナ) _____
 B 年齢 _____ 歳
 C 性別 (1男 2女)
 D 救急隊名 _____ 隊
 E 覚知日時 平成 年 月 日 時 分
 F 搬送先医療機関 _____
 G 病着時分 時 分
 H 脳卒中疑い (1判断 2非該当)
 I 転送(脳卒中の場合のみ)
 (1あり 2なし 3受入れ)
 J 収容後転院搬送 (1あり 2なし)

医療機関記入欄

A 医療機関名 _____
 B 診療科名 _____
 C 担当医師 _____
 D 確定診断(今回のエピソードが)
 (1 脳卒中である 2 脳卒中でない)
 (TIAを含む) ↓
 ◆ その場合の確定診断
 ※以下の記入は不要

E 脳卒中の種類
 1 脳梗塞 (TIAを含む)
 2 脳出血
 3 くも膜下出血

F 発症日時 月 日 時 分
 G 治療内容(入院後1週間以内に実施)
 1 t-PA静注療法 (1あり 2なし)
 2 脳血管内治療 (1あり 2なし)
 3 脳外科手術 (1あり 2なし)

H 経過 (1 外来受診のみ 2 入院)
 I 転帰
 1 外来診療のみ→その時点の転帰
 (1 改善 2 不変 3 増悪)
 4 転送 (理由 1 脳外科手術が必要
 2 その他の専門的治療が必要
 3 その他)
 ※転送先医療機関名 _____
 5 死亡

2 入院の場合
 →入院1週間後の転帰※
 ※1週間経過前に転院・退院した場合は
 転院・退院時の転帰
 1 病状 (1 改善 2 不変 3 増悪)
 (4 死亡)
 (入院時と比較して)

2 入院状況
 (1 入院中 2 退院)
 3 転院 (理由 1 脳外科手術が必要
 2 その他の専門的治療が必要
 3 その他)
 ※転院先医療機関名 _____

ア) 欄 (複写)

ウ) 欄 (複写)

◆診療医師から救急隊へ指導事項があれば記入してください

※救急隊記入後、1枚目、2枚目を医療機関へ渡す。

※医療機関記入後、1枚目を都へ提出。2枚目は医療機関で保管。

東京都脳卒中医療連携救急搬送患者調査票(4枚綴り)

(調査期間 平成22年2月22日8時30分～3月1日8時30分まで 全救急搬送症例)

【3枚目→救急隊記入後、都へ提出】

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄	
A 傷病者氏名(カナ)	
B 年齢 歳	
C 性別 (1男 2女)	
D 救急隊名 隊	
E 覚知日時 平成年月日時分	
F 搬送先医療機関	
G 到着時分 時 分	
H 脳卒中疑い (1判断 2非該当)	
I 転送(脳卒中の場合のみ) (1あり 2なし 3受入れ)	
J 収容後転院搬送 (1あり 2なし)	
K 事故・発症情報(脳卒中を判断しなかった理由)	
L 観察項目	
1意識障害(1有「JCS: _____」・2無)	
2呼吸(1正常「 _____ 回/分」・2異常「 _____ 回/分」)	
3脈拍・血圧(脈拍「 _____ 回/分」・血圧 / mmHg)	
4SpO2= _____ %・心電図= _____	
5顔貌(1正常・2蒼白・3紅潮・4無表情・5チアノーゼ)	
6CPSS 顔面(1正常・2右・3左) 上肢(1正常・2右・3左) 下肢(1正常・2右・3左) 言語障害 1有・2無(嚥下障害: 1有・2無)	
7瞳孔(対光反射1有・2無)(眼瞼下垂: 1有・2無) 1正常・2異常(1散大5mm・2縮瞳2mm・3偏視・4斜視)	
8外傷(1有「部位: _____」・2無)	
9既往症1有・2無(1糖尿病・2心疾患・ 3高血圧症・4その他「 _____ 」)	
10その他 1頭痛・2嘔気・3嘔吐・4痙攣・5眩暈・6失禁・7発汗・ 8冷汗・9温感・10痺れ・11垂涎・12その他(_____)	
M 時系列	
1発症日時 1確定・2推定(_____ 時 分)3不明	
2医療機関選定 脳卒中 1A・2B・3その他 _____	
3選定者 1救急隊 2警防本部 3傷病者等 4医師	
4選定回数・所要時間 _____ 箇所 _____ 分	
N 医療機関連絡経過 ※()内は脳卒中A・B及び別表のコードを記入	
1	病院 時 分～ 時 分 () ()
2	病院 時 分～ 時 分 () ()
3	病院 時 分～ 時 分 () ()
4	病院 時 分～ 時 分 () ()
5	病院 時 分～ 時 分 () ()

ア) 欄 (複写)

イ) 欄

※救急隊記入後、3枚目を都へ提出。
4枚目は救急隊で保管。

東京都脳卒中医療連携救急搬送患者調査票(4枚綴り)

(調査期間・平成22年2月22日8時30分～3月1日8時30分まで 全救急搬送症例)

【4枚目→救急隊で保管】

東京都脳卒中医療連携協議会/東京都メディカルコントロール協議会

救急隊記入欄	
A	傷病者氏名(カナ) _____
B	年齢 _____ 歳
C	性別 (1男 2女)
D	救急隊名 _____ 隊
E	覚知日時 平成 年 月 日 時 分
F	搬送先医療機関 _____
G	病着時分 時 分
H	脳卒中疑い (1判断 2非該当)
I	転送(脳卒中の場合のみ) (1あり 2なし 3受入れ)
J	収容後転院搬送 (1あり 2なし)
K	事故・発症情報(脳卒中を判断しなかった理由)
L	観察項目 1意識障害(1有「JCS: _____」・2無) 2呼吸(1正常「 _____ 回/分」・2異常「 _____ 回/分」) 3脈拍・血圧(脈拍「 _____ 回/分」・血圧 _____ / _____ mmHg) 4SPO2= _____ %・心電図= _____ 5顔貌(1正常・2蒼白・3紅潮・4無表情・5チアノーゼ) 6CPSS 顔面(1正常・2右・3左) 上肢(1正常・2右・3左) 下肢(1正常・2右・3左) 言語障害 1有・2無(嚥下障害:1有・2無) 7瞳孔(対光反射1有・2無)(眼瞼下垂:1有・2無) 1正常・2異常(1散大5mm・2縮瞳2mm・3偏視・4斜視) 8外傷(1有「部位: _____」・2無) 9既往症1有・2無(1糖尿病・2心疾患・ 3高血圧症・4その他「 _____」) 10その他 1頭痛・2嘔気・3嘔吐・4痙攣・5眩暈・6失禁・7発汗・ 8冷汗・9温感・10痺れ・11垂涎・12その他(_____)
M	時系列 1発症日時 1確定・2推定(_____ 時 分)3不明 2医療機関選定 脳卒中 1A・2B・3その他 _____ 3選定者 1救急隊 2警防本部 3傷病者等 4医師 4選定回数・所要時間 _____ 箇所 _____ 分
N	医療機関連絡経過 ※()内は脳卒中A・B及び別表のコードを記入 1 _____ 病院 時 分～ _____ 時 分 () () 2 _____ 病院 時 分～ _____ 時 分 () () 3 _____ 病院 時 分～ _____ 時 分 () () 4 _____ 病院 時 分～ _____ 時 分 () () 5 _____ 病院 時 分～ _____ 時 分 () ()

ア) 欄 (複写)

イ) 欄 (複写)

※救急隊記入後、3枚目を都へ提出。
4枚目は救急隊で保管。