

第1回調査票(現行)

- 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)

- 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)
※転送先医療機関名

第2回調査票(案)

- A 傷病者氏名(カナ) _____
- B 年齢 歳
- C 性別 (□男 □女)
- D 救急隊名 _____ 隊
- E 覚知日時 月 日 時 分
- F 医療機関到着日時 月 日 時 分
- G 転院搬送の場合 →転院元医療機関: _____
- H 搬送先医療機関: _____
転帰 (□ 収容 □ 転送 →転送先医療機関: _____)

※H「搬送先医療機関」転帰で転送の場合のみ、以下の記載不要。

※右記D欄で、脳卒中でない場合は下記にチェックをいれてください。
※該当するものが複数あるときは、搬送の原因となった主要な疾患名を一つだけチェックしてください。

大項目	疾病名等	コード	チェック欄	
脳神経疾患	てんかん	A001	<input type="checkbox"/>	
	急性硬膜下血腫	A002	<input type="checkbox"/>	
	慢性硬膜下血腫	A003	<input type="checkbox"/>	
	脳髄膜炎	A004	<input type="checkbox"/>	
	陳旧性脳卒中	A005	<input type="checkbox"/>	
	その他の脳神経疾患	A900	<input type="checkbox"/>	
内分泌代謝疾患	低血糖	B001	<input type="checkbox"/>	
	高血糖	B002	<input type="checkbox"/>	
	甲状腺機能亢進症	B003	<input type="checkbox"/>	
	甲状腺機能低下症	B004	<input type="checkbox"/>	
	脱水	B005	<input type="checkbox"/>	
	電解質異常	B006	<input type="checkbox"/>	
循環器疾患	心不全	C001	<input type="checkbox"/>	
	虚血性心疾患	C002	<input type="checkbox"/>	
	不整脈	C003	<input type="checkbox"/>	
	高血圧	C004	<input type="checkbox"/>	
	低血圧	C005	<input type="checkbox"/>	
	大動脈瘤	C006	<input type="checkbox"/>	
消化器疾患	胃腸疾患	D001	<input type="checkbox"/>	
	肝不全	D002	<input type="checkbox"/>	
	胆石・胆のう炎	D003	<input type="checkbox"/>	
	その他の消化器疾患	D900	<input type="checkbox"/>	
	呼吸器疾患	肺炎	E001	<input type="checkbox"/>
		閉塞性肺疾患	E002	<input type="checkbox"/>
その他の呼吸器疾患		E003	<input type="checkbox"/>	
筋骨格系疾患	頸椎症	F001	<input type="checkbox"/>	
	その他の筋骨格系疾患	F002	<input type="checkbox"/>	
腎泌尿器疾患	腎不全	G001	<input type="checkbox"/>	
	尿路感染症	G002	<input type="checkbox"/>	
	その他の腎泌尿器疾患	G900	<input type="checkbox"/>	
産婦人科疾患	子宮外妊娠	H001	<input type="checkbox"/>	
	その他の産婦人科疾患	H900	<input type="checkbox"/>	
精神・行動障害	認知症	I 001	<input type="checkbox"/>	
	その他の精神・行動障害	I 900	<input type="checkbox"/>	
中毒	アルコール	J001	<input type="checkbox"/>	
	薬物	J002	<input type="checkbox"/>	
	CO中毒	J003	<input type="checkbox"/>	
	その他の中毒	J900	<input type="checkbox"/>	
悪性新生物	悪性新生物	K001	<input type="checkbox"/>	
耳鼻科疾患	耳鼻科疾患	L001	<input type="checkbox"/>	
眼科疾患	眼科疾患	M001	<input type="checkbox"/>	
外傷	頭部	N001	<input type="checkbox"/>	
	その他の外傷	N900	<input type="checkbox"/>	
心肺停止	心肺停止	O001	<input type="checkbox"/>	
	痙攣	Y001	<input type="checkbox"/>	
	めまい	Y002	<input type="checkbox"/>	
	失神	Y003	<input type="checkbox"/>	
	意識障害	Y004	<input type="checkbox"/>	
	頭痛	Y005	<input type="checkbox"/>	
	脱力	Y006	<input type="checkbox"/>	
その他	その他の症状等	Y900	<input type="checkbox"/>	
その他	その他	Z900	<input type="checkbox"/>	

※その他の場合は詳細をご記入ください。

- A 医療機関名 _____
- B 診療科名 _____
- C 担当医師(カナ) _____
- D 確定診断 ※ 入院の場合は入院1週間後の 又は 退院時の診断。
外来の場合は外来診療終了時点の診断。

脳卒中でない ※以下の記入は不要

脳卒中である(外傷性を含まない)

- E 脳卒中の種類
 TIA (24時間以内に症状が消失したもの。画像所見は問わない。)
 脳梗塞
 脳出血
 くも膜下出血
- F 発症日時 明らかな場合 } 月 日 時 分
 推定できる場合 }
→推定理由: 最終無事確認時刻
 就寝時刻
 その他 ()
 不明

- G CTもしくはMRIをとった場合の開始時刻 月 日 時 分
(※CTもしくはMRIのうち、先に行った検査の開始時刻を記入すること)

- H 治療内容(入院後1週間以内に実施)
1 t-PA静注療法 有 → 開始時刻 月 日 時 分
(脳梗塞のみ) 無 → 理由(複数回答可)
 適応時間を越えていたため
 軽症 又は 症状の急激な改善
 禁忌・慎重投与の項目があったため
 本人・家族の同意が得られなかったため
 その他 ()

- 2 脳血管内治療 有 無
- 3 脳外科手術 有 無

- I 転帰
 外来診療のみの場合 → 外来診療終了時点の転帰
1 病状(発症時と比較して)
 改善 不変 増悪 死亡
2 状況
 外来診療後、帰宅
 転送 (理由 脳外科手術が必要
 その他の専門的治療が必要
 その他)
※転送先医療機関名 _____

- 入院した場合 → 入院1週間後の転帰 又は 退院時の転帰
1 リハビリ開始日 月 日
(※脳血管疾患等リハビリテーション料等の算定開始日)
- 2 病状(入院時と比較して)
 改善 不変 増悪 死亡

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