

SOAP ノート

日付	—	時間	—	場所	—
傷病者氏名		ケン	性別		男
Eメール		—	電話		—
住所		体重	—		
		身長	—		
		年齢	—		
緊急連絡先		—	電話		—
関係	—	Eメール	—		
発見時の傷病者の状態 <u>その他</u>					
<input checked="" type="checkbox"/> 右側臥位 <input type="checkbox"/> 左側臥位 <input type="checkbox"/> 伏臥位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 歩行					
MOI: 発生機序 <input checked="" type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> 疾病 もし外傷であれば衝撃のスピード、質、部位を記入 3m落下、岩に衝突 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎損傷の疑いのある MOI					
天候 <input type="checkbox"/> 快晴 <input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 風 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 悪化 温度 <u>—</u>					
BLS における問題 <input type="checkbox"/> 呼吸なし <input type="checkbox"/> 脈なし <input type="checkbox"/> 大出血 <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 気道閉塞 <input type="checkbox"/> VPU <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞					
BLS における処置 <input type="checkbox"/> 直接圧迫 <input type="checkbox"/> 弾性包帯 <input type="checkbox"/> 止血帯 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> 気道異物除去 <input type="checkbox"/> 吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎保護 <input type="checkbox"/> 濡れた服の着替 <input type="checkbox"/> 低体温パッケージ <input type="checkbox"/> シェルター <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 回復体位 <input type="checkbox"/> 糖分補給 <input type="checkbox"/> 薬					
<input type="checkbox"/> 脈回復 <input type="checkbox"/> 呼吸回復 <input type="checkbox"/> 意識回復 <input type="checkbox"/> レベル 1/2 避難					

Subjective Information (主観的情報) = 傷病者が言ったこと

Symptoms (症状) = 主訴のはじまり、原因、痛みの質、程度 (10段階)			
時間	— 深呼吸で右脇腹に刺すような痛み		
Allergies (アレルギー) = 原因、程度、処置 <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身			
—			
Medication (薬) = 処方、市販、漢方、その他すべての薬			
薬	理由	量	服用
—	—	—	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
—	—	—	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
備考			
Past (傷病歴) = MOI (発生機序) に関するもの			
—			
Last (食事・水分) = 最後に摂取した食事・水分 / 最後に排出した便・尿			
最後の食事の時間と内容	水分	リットル	電解質 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分
	尿色	量	便色 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 異常 柔らかさ <u>—</u>
—	—	—	—
—	—	—	—
Events (出来事) = 傷病者による起こったことの説明 <input type="checkbox"/> 記憶障害			
—			

Objective Information (客観的情報) = 自分が観察したもの

全身の所見 = 変形、腫れ、出血、圧痛、軋轢音、不安定、ROM、CSM							
時間	— 右上腹部あざ						
バイタルサイン = 正常値を記入、現在の情報を測定、変化を観察							
時間	AVPU	心拍数	呼吸数	皮膚	体温	血圧	血中酸素
正常値	—	—	—	—	—	—	—
—	不安警戒	120	30	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—
脊椎評価							
時間	一般テスト			運動テスト			
	合格 不合格			合格 不合格			
—	<input type="checkbox"/> 傷病者の信頼性			<input type="checkbox"/> 人差指と薬指の開く力			
	<input type="checkbox"/> 脊椎の痛みなし			<input type="checkbox"/> 手(指)の押す力			
—	<input type="checkbox"/> 脊椎の圧痛なし			<input type="checkbox"/> 足(爪先)の引く力			
	感覚テスト			<input type="checkbox"/> 足(爪先)の押す力			
—	合格 不合格			合格 不合格			
	<input type="checkbox"/> 手足に広がる局所のしびれ			<input type="checkbox"/> 鋭い刺激と柔らかい刺激の識別			
<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格							

Assessment (評価) = 問題は何か

可能性のある問題	現在の問題
外傷 筋骨格系・外皮系 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頭部 <input checked="" type="checkbox"/> 胸部 <input checked="" type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 創 主要器官系 <input checked="" type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳震盪/↑ICP <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸不全 <input checked="" type="checkbox"/> ボリュームショック 環境 <input type="checkbox"/> 脱水/低ナトリウム <input type="checkbox"/> 日光障害 <input type="checkbox"/> 熱疲労/熱射病 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 落雷障害 <input type="checkbox"/> 寒さ/低体温 <input type="checkbox"/> 凍傷/低温障害 <input type="checkbox"/> 溺れ <input type="checkbox"/> 毒反応 <input type="checkbox"/> 局所アレルギー反応 <input type="checkbox"/> 全身アレルギー反応 <input type="checkbox"/> 乗り物酔い <input type="checkbox"/> 高山病 <input type="checkbox"/> 潜水障害 疾病 レベル3の避難が必要な緊急性の低い問題 <input type="checkbox"/> 軽度の痛み、不快感が継続し、野外での処置でそれを取り除くことができず、それ以上の遠征を続けることができないか、通院が必要な場合 レベル2の避難が必要なレッドフラッグ <input type="checkbox"/> 下痢をとまなわない腹部の痛み、食欲減退、発熱、土圧痛 <input type="checkbox"/> 消化器系から出血を伴う腹部の痛み/圧痛（黒い嘔吐、黒い便、赤い便） <input type="checkbox"/> ヒールドロップテストに伴う腹部の痛み <input type="checkbox"/> 1日を越えて徐々に悪化する痛み/圧痛 <input type="checkbox"/> 60才以上で、原因の分からない頭部、胸部、腹部の痛み <input type="checkbox"/> 角膜損傷 レベル1の避難が必要なレッドフラッグ <input type="checkbox"/> 突然の心理状態の変化、数分で解決できない視覚障害 <input type="checkbox"/> 全てのVPU（低血糖を疑い、グルコースを与える） <input type="checkbox"/> 突然の、今までにない、深刻な痛み（腎臓結石かどうかわからない） <input type="checkbox"/> 胸の痛み、圧迫（胸焼けかどうかわからない） <input type="checkbox"/> 原因がわからない、もしくは喘息による深刻な呼吸困難 <input type="checkbox"/> 口もしくは肛門からの大量の出血 <input type="checkbox"/> 膣からの頻繁な出血（1日に5回以上ナプキンを変える） <input type="checkbox"/> 筋の攣りを伴う腹部の深刻な痛み <input type="checkbox"/> リバウンドペインを伴う腹部の特定の部位の痛み <input type="checkbox"/> ボリュームショックのS/Sxを伴う腹部の痛み/圧痛	時間 ー 脊椎・脊髄損傷② 肋骨損傷③ 初期呼吸不全② 初期ボリュームショック①
	観察 予想される問題と S/Sx 末期呼吸不全① VPU R↑ 呼吸音↓ 青白い 末期ボリュームショック① VPU P/R↑ 青白い 軽度脳震とう③ S/Sx↑<2h.
	可能な処置 脊椎保護 安静 楽な姿勢 腹式呼吸 運動禁止
	備考

Treatment Plan(処置計画) = どのような処置をするか

観察	可能な処置
予想される問題と S/Sx 末期呼吸不全① VPU R↑ 呼吸音↓ 青白い 末期ボリュームショック① VPU P/R↑ 青白い 軽度脳震とう③ S/Sx↑<2h.	脊椎保護 安静 楽な姿勢 腹式呼吸 運動禁止
	備考

Evacuation Plan(避難計画) = どのように避難するか

現在の問題に基づいて避難計画1を立てる		
予想される問題によって避難レベルが上がる場合は避難計画2を立てる		
時間	レベル	方法
ー	① 2 3 4	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
避難計画1 <input type="checkbox"/> 救助要請 通報先 _____ 時間 _____		
避難計画2 <input type="checkbox"/> 救助要請 通報先 _____ 時間 _____		
救助者氏名 _____		
Eメール _____		電話 _____
<input type="checkbox"/> WFA <input type="checkbox"/> WAFU <input type="checkbox"/> WFR <input type="checkbox"/> レスキュー <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 準医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師		