

SOAP ノート

日付	—	時間	—	場所	—
傷病者氏名 不明		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 その他 _____					
<input type="checkbox"/> 右側臥位 <input type="checkbox"/> 左側臥位 <input checked="" 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					
雪崩、100m流される					
<input checked="" type="checkbox"/> 脊椎損傷の疑いのある MOI					
天候 温度 -1 °C					
<input type="checkbox"/> 快晴 <input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input checked="" type="checkbox"/> 風 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 悪化					
2m					
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 type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 気道閉塞 <input checked="" 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"/> 弹性包帯 <input type="checkbox"/> 止血帯 開き _____ <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 ^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 checked="" 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	—	頭痛 (2/10)			
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	便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 異常		
加り— 量	色	色	<input type="checkbox"/> 柔らか	<input type="checkbox"/> 硬さ	
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	—	腰椎(L1)圧痛 腰が動くと両足に痺れ					
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	—						
—	ぐったり	50	15	—	35	—	—
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	□ □人差指と薬指の開く力		
—	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □手(指)の押す力		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □足(爪先)の引く力		
感覚テスト							
合格	不合格	合格	不合格	□ □足(爪先)の押す力			
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □手足に広がる局所のしびれ		
不合格	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□ □鋭い刺激と柔らかい刺激の識別		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 創 主要器官系 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input checked="" type="checkbox"/> 脳震盪/↑ICP <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> ボリュームショック	時間 — 脊椎損傷③ 中度脳震盪③
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"/> 下痢とともに腹痛の痛み、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ぬ） <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	

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 重度脳震盪② イライラ 頭痛↑↑↑ S/Sx↑ 寒さ反応④or① 震え↑ 巧さ↓ 尿↑	脊椎保護 安静 低体温パッケージ

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 ① 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4
	方法 □自己 □補助 □背負 □担架 □車等 □ヘリ等 □自己 □補助 □背負 □担架 □車等 □ヘリ等 □自己 □補助 □背負 □担架 □車等 □ヘリ等
避難計画 1 □救助要請 通報先 _____ 時間 _____	—
避難計画 2 □救助要請 通報先 _____ 時間 _____	—
救助者氏名	
Eメール	電話
□WFA □WAFA □WFR □レスキュー □救急救命士 □準医師 □看護師 □医師	