

SOAP ノート

第一救助者氏名

傷病者情報		氏名	
年齢	体重	男性	女性
住所		電話	
		日付	
		時間	
緊急連絡先		電話	
MOI: 発生機序 <input 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、重さ、部位を記入			

天候

温度 _____ 晴 曇 風 雨 雪

発見時の傷病者の状態 <input 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	発見時の問題 <input type="checkbox"/> 呼吸なし <input type="checkbox"/> 脈なし <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 不安定な脊椎 <input type="checkbox"/> 大出血 <input type="checkbox"/> 気道閉塞 <input type="checkbox"/> VPU
---	--

最初の処置

直接圧迫 弾性包帯 _____ 止血帯 _____
 胸部圧迫 人工呼吸 腹部固定 吸引 C カラー
 脊椎固定 濡れた服の着替 低体温パッケージ 冷却
 糖分補給 薬 _____ シェルター レベル1/2の選定

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、痛みの程度 (10段階)

時間

Allergies (アレルギー) = 局所 / 全身、原因、重大性、処置

Medication (薬) = 処方、市販、漢方、その他すべての薬

薬	理由	量	服用
			はい/いいえ
			はい/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

水分	カロリー	電解質
尿色	尿量	便

Events (出来事) = 傷病者による起こったことの説明

記憶障害 あり / なし

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、捻髪音、不安定、ROM、CSM

時間

バイタルサイン = ベースラインを測定し、変化、異変を記録する

時間	心拍数	呼吸数	血中酸素	血圧	皮膚	体温	AVPU
正常値							

脊椎評価

時間	はい/いいえ	はい/いいえ
疑い <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 傷病者の信頼性	<input type="checkbox"/> 人差指と中指の開く力
	<input type="checkbox"/> 脊椎の痛み	<input type="checkbox"/> 手(指)の押す力
	<input type="checkbox"/> 脊椎の圧痛	<input type="checkbox"/> 足(爪先)の引く力
	<input type="checkbox"/> 局所のしびれ	<input type="checkbox"/> 足(爪先)の押す力
	<input type="checkbox"/> 鋭い刺激と柔らかい刺激の識別	

Assessment (評価) = 何が問題

可能性のある問題	時間	現在の問題	予想される問題
外傷 <input type="checkbox"/> 不安定な脊椎 <input type="checkbox"/> 脳震盪/↑ICP <input type="checkbox"/> 体幹の傷害 <input type="checkbox"/> 呼吸器障害 <input type="checkbox"/> 出血性ショック <input type="checkbox"/> 不安定な四肢の傷害 <input type="checkbox"/> 安定した四肢の傷害 <input type="checkbox"/> 創			
環境 <input type="checkbox"/> 脱水/低ナトリウム <input type="checkbox"/> 寒さ/低体温 <input type="checkbox"/> 熱疲労/熱射病 <input type="checkbox"/> 凍傷/火傷 <input type="checkbox"/> 局所/全身毒反応 <input type="checkbox"/> 局所/全身アレルギー反応 <input type="checkbox"/> 溺れ <input type="checkbox"/> 高山病 <input type="checkbox"/> 雷 <input type="checkbox"/> 潜水障害			
疾病 <input type="checkbox"/> 循環器系障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器系障害 <input type="checkbox"/> 神経系障害 <input type="checkbox"/> 内分泌系障害 <input type="checkbox"/> 腹部消化器系障害 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器系障害 <input type="checkbox"/> 耳の障害 <input type="checkbox"/> 目の障害 <input type="checkbox"/> 歯/歯茎の障害 <input type="checkbox"/> 皮膚の障害 <input type="checkbox"/> 感染障害			
緊急性の高い問題 (レッドフラッグ)			
備考			

Plan (計画) = どうするか

処置		観察
時間		
避難計画		
時間	レベル	方法
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> セルフ <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 搬送 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 乗物
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> セルフ <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 搬送 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 乗物
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> セルフ <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 搬送 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 乗物

追加情報

救助者 1 氏名		年齢
E-mail	男性	女性
住所	電話	
	携帯電話	
	所属	
救助者 2 氏名		年齢
E-mail	男性	女性
住所	電話	
	携帯電話	
	所属	
救助者 3 氏名		年齢
E-mail	男性	女性
住所	電話	
	携帯電話	
	所属	
救助者 4 氏名		年齢
E-mail	男性	女性
住所	電話	
	携帯電話	
	所属	
緊急連絡記録		
時間	番号	人 / 組織