

IHER-J

入力フォーム選択画面

●基本情報登録フォーム

システムID	登録番号	登録状況	新規登録日 (新規登録者)	最終更新日 (最終更新者)
		仮入力	2017/11/22	--- (---)

●RRS登録フォーム

登録状況	入力状況	新規登録日 (新規登録者)	最終更新日 (最終更新者)
未入力	---	--- (---)	--- (---)

●IHCA登録フォーム

登録状況	入力状況	新規登録日 (新規登録者)	最終更新日 (最終更新者)
未入力	---	--- (---)	--- (---)

基本情報(RRS,心停止共通)

基本情報			
システムID	自動表示	登録番号	自動表示
施設ID	SM	データ入力日時	西暦 2018 / 5 / 30

患者基本情報	
年齢 (必須)	0歳選択時は「月齢」の入力が必要です <input type="text" value=""/> 歳 <input type="text" value=""/> 月齢 <input type="text" value=""/> ヶ月
性別 (必須)	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
身長・体重 (小児のみ必須)	16歳未満の「小児」は入力が必要です 身長 <input type="text" value=""/> cm 体重 <input type="text" value=""/> kg
先天性心疾患 (小児のみ必須)	16歳未満の「小児」は入力が必要です <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>
患者区分 (必須)	<input type="text"/>
入院日 (必須)	外来患者は受診受付時間を記入 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> 時
入院主病名 (必須) 複数選択可	外来患者は受診理由となった主病名 <input type="checkbox"/> 院外心停止後 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 産科疾患(妊娠～産後1週まで) <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 内科(心臓系) <input type="checkbox"/> 内科(非心臓系) <input type="checkbox"/> 外科(心臓系) <input type="checkbox"/> 外科(非心臓系) <input type="checkbox"/> その他
入院主担当科名	患者区分で「入院患者」選択時入力が必要です <input type="button" value="clear"/> 内科系： <input type="radio"/> 循環器 <input type="radio"/> 呼吸器 <input type="radio"/> 消化器 <input type="radio"/> 血液 <input type="radio"/> 神経 <input type="radio"/> その他内科 外科系： <input type="radio"/> 心臓血管外科 <input type="radio"/> 整形外科 <input type="radio"/> 脳外科 <input type="radio"/> 呼吸器外科 <input type="radio"/> 消化器外科 <input type="radio"/> 産婦人科 <input type="radio"/> 泌尿器科 <input type="radio"/> その他外科系 <input type="radio"/> 救急科 <input type="radio"/> 小児科 <input type="radio"/> 精神科 <input type="radio"/> その他 <input type="radio"/> 不明
入院時CPC (必須) CPC-SCALE	成人 <input type="radio"/> CPC1 <input type="radio"/> CPC2 <input type="radio"/> CPC3 <input type="radio"/> CPC4 <input type="radio"/> CPC5 <input type="button" value="clear"/> 小児 <input type="radio"/> mPCPC1 <input type="radio"/> mPCPC2a <input type="radio"/> mPCPC2b <input type="radio"/> mPCPC3 <input type="radio"/> mPCPC4 <input type="radio"/> mPCPC5

イベント前情報

イベント前の 酸素投与の有無 <small>(必須)</small>	呼吸器依存は「あり」を選択 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>																																								
ICU退室後72時間以内か <small>(必須)</small>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="button" value="clear"/> <small>「Yes」選択時必須⇒</small> ICU退室時間 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時																																								
処置時の鎮静ないし 全麻後の24時間以内か <small>(必須)</small>	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="button" value="clear"/>																																								
術後1週間以内	今回の入院中に限る <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="button" value="clear"/> <small>「Yes」選択時必須</small> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">手術詳細</td> <td> 手術施行科 <input type="radio"/> 消化器外科 <input type="radio"/> 整形外科 <input type="radio"/> 泌尿器科 <input type="radio"/> 心血管外科 <input type="radio"/> 脳神経外科 <input type="radio"/> 呼吸器外科 <input type="radio"/> 形成外科 <input type="radio"/> 産婦人科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 皮膚科 <input type="radio"/> 口腔外科 <input type="radio"/> その他 <input type="button" value="clear"/> </td> </tr> <tr> <td>ASA ASA-PSとは</td> <td> ASA-PS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="button" value="clear"/> 緊急手術であったか <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> <small>緊急の定義：24時間以内に手術が必要な状態、麻酔記録のASAに「1E」のようにEがついているときは緊急手術とする</small> </td> </tr> <tr> <td>手術エリア 退室時刻</td> <td> <input type="text" value=""/>月 <input type="text" value=""/>日 <input type="text" value=""/>時 <small>手術エリア：手術室またはPACU/リカバリー。麻酔記録など参照</small> </td> </tr> </table>	手術詳細	手術施行科 <input type="radio"/> 消化器外科 <input type="radio"/> 整形外科 <input type="radio"/> 泌尿器科 <input type="radio"/> 心血管外科 <input type="radio"/> 脳神経外科 <input type="radio"/> 呼吸器外科 <input type="radio"/> 形成外科 <input type="radio"/> 産婦人科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 皮膚科 <input type="radio"/> 口腔外科 <input type="radio"/> その他 <input type="button" value="clear"/>	ASA ASA-PSとは	ASA-PS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="button" value="clear"/> 緊急手術であったか <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> <small>緊急の定義：24時間以内に手術が必要な状態、麻酔記録のASAに「1E」のようにEがついているときは緊急手術とする</small>	手術エリア 退室時刻	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <small>手術エリア：手術室またはPACU/リカバリー。麻酔記録など参照</small>																																		
手術詳細	手術施行科 <input type="radio"/> 消化器外科 <input type="radio"/> 整形外科 <input type="radio"/> 泌尿器科 <input type="radio"/> 心血管外科 <input type="radio"/> 脳神経外科 <input type="radio"/> 呼吸器外科 <input type="radio"/> 形成外科 <input type="radio"/> 産婦人科 <input type="radio"/> 耳鼻咽喉科 <input type="radio"/> 眼科 <input type="radio"/> 皮膚科 <input type="radio"/> 口腔外科 <input type="radio"/> その他 <input type="button" value="clear"/>																																								
ASA ASA-PSとは	ASA-PS <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="button" value="clear"/> 緊急手術であったか <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> <small>緊急の定義：24時間以内に手術が必要な状態、麻酔記録のASAに「1E」のようにEがついているときは緊急手術とする</small>																																								
手術エリア 退室時刻	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <small>手術エリア：手術室またはPACU/リカバリー。麻酔記録など参照</small>																																								
コードステータス <small>(必須)</small>	<input type="radio"/> Full <input type="radio"/> DNAR <input type="radio"/> 一部制限あり <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>																																								
4時間以内の バイタルサイン	・RRS起動につながるバイタルは含まず、左からイベントに近い順に入力 ・持続測定時はイベント直近から4セット（30分あけて） ・30分以内に測定されたものは同じタイミングとみなして良い ・複数データがあるときは最も妥当と考えられる値を記載 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1 (イベント直近)</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日時</td> <td><input type="text" value=""/>月 <input type="text" value=""/>日 <input type="text" value=""/>時 <input type="text" value=""/>分</td> <td><input type="text" value=""/>月 <input type="text" value=""/>日 <input type="text" value=""/>時 <input type="text" value=""/>分</td> <td><input type="text" value=""/>月 <input type="text" value=""/>日 <input type="text" value=""/>時 <input type="text" value=""/>分</td> <td><input type="text" value=""/>月 <input type="text" value=""/>日 <input type="text" value=""/>時 <input type="text" value=""/>分</td> </tr> <tr> <td>収縮期 血圧</td> <td><input type="text" value=""/>mmHg <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> <tr> <td>拡張期 血圧</td> <td><input type="text" value=""/>mmHg <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> <tr> <td>脈拍数</td> <td><input type="text" value=""/>/分 <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> <tr> <td>呼吸数</td> <td><input type="text" value=""/>回/分 <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> <tr> <td>SpO2</td> <td><input type="text" value=""/>% <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> <tr> <td>体温</td> <td><input type="text" value=""/>℃ <input type="checkbox"/> 未測定</td> </tr> </tbody> </table>		1 (イベント直近)	2	3	4	日時	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	収縮期 血圧	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	拡張期 血圧	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	脈拍数	<input type="text" value=""/> /分 <input type="checkbox"/> 未測定	呼吸数	<input type="text" value=""/> 回/分 <input type="checkbox"/> 未測定	SpO2	<input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> 未測定	体温	<input type="text" value=""/> ℃ <input type="checkbox"/> 未測定																		
	1 (イベント直近)	2	3	4																																					
日時	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分	<input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分																																					
収縮期 血圧	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定																																					
拡張期 血圧	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> mmHg <input type="checkbox"/> 未測定																																					
脈拍数	<input type="text" value=""/> /分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> /分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> /分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> /分 <input type="checkbox"/> 未測定																																					
呼吸数	<input type="text" value=""/> 回/分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> 回/分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> 回/分 <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> 回/分 <input type="checkbox"/> 未測定																																					
SpO2	<input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> % <input type="checkbox"/> 未測定																																					
体温	<input type="text" value=""/> ℃ <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> ℃ <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> ℃ <input type="checkbox"/> 未測定	<input type="text" value=""/> ℃ <input type="checkbox"/> 未測定																																					
直近（4時間以内）の 意識状態 <small>(必須)</small>	RRS起動につながる意識障害は含まない <input type="radio"/> A 清明 <input type="radio"/> V 声かけで反応あり <input type="radio"/> P 痛み刺激で反応あり <input type="radio"/> U 反応なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>																																								

転帰

転帰24時間	<input type="radio"/> 死亡 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 生存(入院中) <input type="radio"/> 生存(退院)						
転帰1ヵ月 (30日後転帰)	<input type="radio"/> 死亡 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 生存(入院中) <input type="radio"/> 生存(退院) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><p>「死亡」「生存(退院)」時記入 退院日 西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p><p>「生存(退院)」時記入 生存退院時の退院先 <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> 転院 <input type="button" value="clear"/></p></div>						
退院時CPC 入院中の場合は一ヶ月時のCPC <input type="button" value="CPC-SCALE"/>	<table border="1"><tr><td>成人</td><td><input type="radio"/> CPC1 <input type="radio"/> CPC2 <input type="radio"/> CPC3 <input type="radio"/> CPC4 <input type="radio"/> CPC5 <input type="button" value="clear"/></td></tr><tr><td>小児</td><td><input type="radio"/> mPCPC1 <input type="radio"/> mPCPC2a <input type="radio"/> mPCPC2b <input type="radio"/> mPCPC3 <input type="radio"/> mPCPC4 <input type="radio"/> mPCP5</td></tr><tr><td></td><td><input type="radio"/> 死亡(成人・小児共通)</td></tr></table>	成人	<input type="radio"/> CPC1 <input type="radio"/> CPC2 <input type="radio"/> CPC3 <input type="radio"/> CPC4 <input type="radio"/> CPC5 <input type="button" value="clear"/>	小児	<input type="radio"/> mPCPC1 <input type="radio"/> mPCPC2a <input type="radio"/> mPCPC2b <input type="radio"/> mPCPC3 <input type="radio"/> mPCPC4 <input type="radio"/> mPCP5		<input type="radio"/> 死亡(成人・小児共通)
成人	<input type="radio"/> CPC1 <input type="radio"/> CPC2 <input type="radio"/> CPC3 <input type="radio"/> CPC4 <input type="radio"/> CPC5 <input type="button" value="clear"/>						
小児	<input type="radio"/> mPCPC1 <input type="radio"/> mPCPC2a <input type="radio"/> mPCPC2b <input type="radio"/> mPCPC3 <input type="radio"/> mPCPC4 <input type="radio"/> mPCP5						
	<input type="radio"/> 死亡(成人・小児共通)						
各施設用メモ	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>						

登録状況 (必須)

『仮入力』の場合は「年齢」「性別」以外の入力が無くとも登録が可能です

『入力完了』を選択した場合、全ての「必須項目」に入力が必要です

仮入力 入力完了

RRS登録画面

RRS基本情報

起動者 <small>(必須)</small>	<input type="text"/>
起動場所 <small>(必須)</small>	<input type="text"/>
起動日時 <small>(必須)</small>	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分
到着時刻 <small>(必須)</small>	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合 → <input type="checkbox"/> 翌日
終了時刻 <small>(必須)</small>	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合 → <input type="checkbox"/> 翌日

要請基準

要請基準 <small>(必須)</small> 複数選択可	<p>実際に要請した側の起動理由をチェック (対応チームや後からの振り返りで満たしていた基準はチェックしない)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">早期警告スコア</td> <td><input type="checkbox"/> 警告スコアのコール基準該当</td> </tr> <tr> <td>呼吸</td> <td><input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 徐呼吸 <input type="checkbox"/> 新たな呼吸困難 <input type="checkbox"/> Spo2低下</td> </tr> <tr> <td>循環</td> <td><input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> 胸痛</td> </tr> <tr> <td>意識</td> <td><input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 異常な興奮 <input type="checkbox"/> 痙攣</td> </tr> <tr> <td>何らかの懸念</td> <td><input type="checkbox"/> 患者に対する懸念</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td><input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 新たな外傷 <input type="checkbox"/> 制御できない疼痛 <input type="checkbox"/> 尿量低下 <input type="checkbox"/> 主治医が対応不可能/連絡がつかない</td> </tr> <tr> <td>要請基準以外</td> <td><input type="checkbox"/> 要請基準以外の異常 <input type="checkbox"/> CCOTからの要請</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 記載なし</td> </tr> </table>	早期警告スコア	<input type="checkbox"/> 警告スコアのコール基準該当	呼吸	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 徐呼吸 <input type="checkbox"/> 新たな呼吸困難 <input type="checkbox"/> Spo2低下	循環	<input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> 胸痛	意識	<input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 異常な興奮 <input type="checkbox"/> 痙攣	何らかの懸念	<input type="checkbox"/> 患者に対する懸念	その他	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 新たな外傷 <input type="checkbox"/> 制御できない疼痛 <input type="checkbox"/> 尿量低下 <input type="checkbox"/> 主治医が対応不可能/連絡がつかない	要請基準以外	<input type="checkbox"/> 要請基準以外の異常 <input type="checkbox"/> CCOTからの要請		<input type="checkbox"/> 記載なし
早期警告スコア	<input type="checkbox"/> 警告スコアのコール基準該当																
呼吸	<input type="checkbox"/> 頻呼吸 <input type="checkbox"/> 徐呼吸 <input type="checkbox"/> 新たな呼吸困難 <input type="checkbox"/> Spo2低下																
循環	<input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> 胸痛																
意識	<input type="checkbox"/> 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 異常な興奮 <input type="checkbox"/> 痙攣																
何らかの懸念	<input type="checkbox"/> 患者に対する懸念																
その他	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 新たな外傷 <input type="checkbox"/> 制御できない疼痛 <input type="checkbox"/> 尿量低下 <input type="checkbox"/> 主治医が対応不可能/連絡がつかない																
要請基準以外	<input type="checkbox"/> 要請基準以外の異常 <input type="checkbox"/> CCOTからの要請																
	<input type="checkbox"/> 記載なし																
イベントの原因 <small>(必須)</small> 複数選択可	<p>最も疑われる主たる病態を選択</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">呼吸</td> <td><input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸</td> </tr> <tr> <td>心血管</td> <td><input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂</td> </tr> <tr> <td>循環血液減少</td> <td><input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック</td> </tr> <tr> <td>血液分布異常</td> <td><input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td><input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明</td> </tr> </table>	呼吸	<input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸	心血管	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂	循環血液減少	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック	血液分布異常	<input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック	その他	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷		<input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明				
呼吸	<input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸																
心血管	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂																
循環血液減少	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック																
血液分布異常	<input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック																
その他	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷																
	<input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明																

イベント詳細

要請時に測定されたものと、到着時にチームが測定したものが違うときはより信憑性があるものをチェック

起動時バイタル	体温	<input type="text"/> °C	<input type="checkbox"/> 記載なし
	<input type="checkbox"/> 起動時心停止 チェックすると以下の値を「0」で登録します		
	収縮期血圧	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 記載なし
	拡張期血圧	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 記載なし
	HR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 記載なし
	RR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 記載なし
	SpO2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 記載なし
意識	<input type="text"/>		

介入

介入	介入なし	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	酸素投与・増量	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	吸引	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	NPPV	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	バッグバルブマスク換気	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	挿管	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	胸骨圧迫	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	除細動・カルディオバージョン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	輸血	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	輸液ボラス (500ml以上)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	検査オーダー	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>
	薬物療法	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	<input type="button" value="clear"/>

RRS転帰

対応中の心停止	<input type="radio"/> 心停止なし <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 心停止あり 「心停止あり」選択時、右記入カ→	<input type="radio"/> 到着時心停止 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 対応中に心停止
RRS転帰	<input type="radio"/> 死亡退院 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 病棟移動あり(ICU) <input type="radio"/> 病棟移動あり(ICU以外のケアレベルの高い病棟) <input type="radio"/> 病棟移動なし(外来患者の帰宅含む) <input type="radio"/> その他 <input type="button" value="clear"/>	
対応終了時のコードステータス	<input type="radio"/> フル <input type="radio"/> DNAR <input type="radio"/> 一部制限 <input type="button" value="clear"/>	

心停止登録画面

心停止基本情報

心停止確認日時 (必須)	西暦 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分
発生場所 (必須)	ICU/CCUの区別がない場合は「ICU」 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> ICU <input type="radio"/> CCU <input type="radio"/> その他ハイケアユニット(HCU、SCUなど) <input type="radio"/> 病棟 <input type="radio"/> 一般外来 <input type="radio"/> 救急外来 <input type="radio"/> 手術室 <input type="radio"/> 検査室(放射線・生理検査含む) <input type="radio"/> カテーテル室 <input type="radio"/> 廊下・売店・駐車場など共有エリア <input type="radio"/> その他

イベント前状況

心停止前最終バイタル (必須)	30分以内に測定されたものは同一のタイミングとみなす 複数データがある場合は最も妥当だと考えられる値を記載	
	最終バイタル日時	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 時 <input type="text"/> 分
	体温	<input type="text"/> °c <input type="checkbox"/> 記載なし
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 記載なし
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 記載なし
	HR	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 記載なし
	RR	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 記載なし
	SpO2	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 記載なし
	意識	<input type="text"/>

心停止前に行われていた治療

気管挿管・気管切開 (必須)	<input type="radio"/> 気管挿管 <input type="radio"/> 気管切開 <input type="radio"/> どちらもなし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
動脈圧ライン (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
人工呼吸器 (NPPV含む) (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
ECGモニター (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
SpO2モニター (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
静脈路確保 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>
昇圧剤の使用 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>

イベント詳細														
緊急システムの起動 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし	「あり」選択時入力 起動時間 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日												
医師到着時刻 (必須)	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日													
イベント目撃者の有無 (必須)	モニターで異常を察知し駆けつけた場合は「あり」を選択 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>													
イベント初期波形 (必須)	CPR開始後の波形でも可。ただし、波形確認前にROSCないしアドレナリン投与した場合は「不明」とする <input type="radio"/> PEA <input type="radio"/> 心静止 <input type="radio"/> VF <input type="radio"/> VT(TdP含む) <input type="radio"/> 高度徐脈(小児) <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 記載なし													
第一発見者のCPRの有無 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし <input type="button" value="clear"/>													
蘇生開始時の脈拍触知 小児記載	小児のみ記載 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 確認せず蘇生開始 <input type="radio"/> 確認したが触知せず <input type="radio"/> 触知可能・高度徐脈 <input type="radio"/> 記載なし													
心停止直接要因 (必須) 複数選択可	最も疑われる主たる病態を選択 <table border="1"> <tr> <td>呼吸</td> <td> <input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸 </td> </tr> <tr> <td>心血管</td> <td> <input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂 </td> </tr> <tr> <td>循環血液減少</td> <td> <input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック </td> </tr> <tr> <td>血液分布異常</td> <td> <input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック </td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td> <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷 </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明 </td> </tr> </table>		呼吸	<input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸	心血管	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂	循環血液減少	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック	血液分布異常	<input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック	その他	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷		<input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明
呼吸	<input type="checkbox"/> 窒息/痰詰まり <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 緊張性気胸													
心血管	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞/心筋虚血 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他の心原性ショック <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 心タンポナーデ <input type="checkbox"/> 大動脈解離・大動脈瘤破裂													
循環血液減少	<input type="checkbox"/> 大量出血 <input type="checkbox"/> その他の循環血液量減少性ショック													
血液分布異常	<input type="checkbox"/> 感染症/敗血症 <input type="checkbox"/> その他の血液分布異常性ショック													
その他	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 代謝障害/電解質異常 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 中毒 <input type="checkbox"/> 外傷													
	<input type="checkbox"/> 上記以外 <input type="checkbox"/> 原因不明													
併存疾患 複数選択可	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 先天性心疾患 <input type="checkbox"/> 大動脈性疾患 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全(今回の入院の原因疾患として) <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患(今回の入院の原因疾患として) <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 低血圧(ショック) <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> その他													
胸骨圧迫の有無 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし	「あり」選択時入力 胸骨圧迫開始時間 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日												

AED、もしくはモニター付き 除細動器の除細動 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし	「あり」選択時入力 回数がわかるように時刻やエネルギーがわからない場合も旅行分入力 <table border="1"> <tr> <td>1回目</td> <td> <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし </td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td> <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし </td> </tr> <tr> <td>3回目</td> <td> <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし </td> </tr> </table>	1回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし	2回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし	3回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし
	1回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし						
	2回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし						
3回目	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 AEDまたは除細動器のAEDモードの使用 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="button" value="clear"/> エネルギー数 <input type="text"/> J <input type="checkbox"/> 記載なし							
高度な気道確保の有無 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし 高度な気道確保: 気管挿管、気管切開チューブ挿入、喉頭上デバイス、新規に留置した場合のみ「あり」。	「あり」選択時入力 高度な気道確保時刻 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日						
アドレナリン	<table border="1"> <tr> <td>初回投与時刻</td> <td> <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日 </td> </tr> <tr> <td>総量</td> <td> <input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし </td> </tr> <tr> <td>アドレナリン最大1回投与量</td> <td> 小児のみ記載 <input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし </td> </tr> </table>	初回投与時刻	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日	総量	<input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし	アドレナリン最大1回投与量	小児のみ記載 <input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし	
初回投与時刻	<input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日							
総量	<input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし							
アドレナリン最大1回投与量	小児のみ記載 <input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> 記載なし							
抗不整脈薬 (必須)	<table border="1"> <tr> <td>アミオダロン</td> <td> <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/> </td> </tr> <tr> <td>ニフェカルント</td> <td> <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/> </td> </tr> <tr> <td>リドカイン</td> <td> <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/> </td> </tr> </table>	アミオダロン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>	ニフェカルント	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>	リドカイン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>	
アミオダロン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>							
ニフェカルント	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>							
リドカイン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 <input type="button" value="clear"/>							
ECRPの有無 (必須)	ECMOを使用した蘇生 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 記載なし	「あり」選択時入力 補助循環確立時刻 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分 0時超の場合⇒ <input type="checkbox"/> 翌日						

IHCA転帰

対応終了時の コードステータス	蘇生を行うも心拍再開ないままの蘇生終了はFULLを選択 <input type="radio"/> DNAR <input type="radio"/> 一部制限あり <input type="radio"/> FULL <input type="button" value="clear"/>	
自己心拍再開(ROSC)の有無 (必須)	<input type="radio"/> あり <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> なし ECPR時は30秒以上自己心拍による脈拍 (触知ないし動脈圧ラインの脈圧) が維持された場合	「あり」選択時入力 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分 0時超の場合 → <input type="checkbox"/> 翌日
蘇生努力が中止された時間 (必須)	蘇生努力の終了：死亡確認or20分以上の蘇生維持 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 時 <input type="text" value=""/> 分 例：5:00 心拍再開、5:05 再度心停止、5:50 死亡確認の場合、ROSCは5:00、蘇生終了は5:50 ECPR時は有効な循環が維持されたと見なされる時点で生存。心拍再開はなくても蘇生努力が中止になる	
病棟移動の有無 (必須)	<input type="radio"/> 死亡退院 <input type="button" value="clear"/> <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> ICU <input type="radio"/> ICU以外のケアレベルの高い病棟 <input type="radio"/> 一般病棟 <input type="radio"/> その他	