

|  |  |  |                              |
|--|--|--|------------------------------|
| 除細動<br>実施場所 ( )<br><input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT<br>確認時刻 :<br>1 回目 ( J )<br>2 回目 ( J )<br>3 回目 ( J )<br>確認時刻 :<br>4 回目 ( J )<br>5 回目 ( J )<br>6 回目 ( J )<br>結果 :<br>中止・未実施理由 : | 気道確保<br><input type="checkbox"/> 用手 ( )<br><input type="checkbox"/> 口咽頭エリエイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エリエイ<br><input type="checkbox"/> L M <input type="checkbox"/> W B <input type="checkbox"/> コバチエ-ラ<br><input type="checkbox"/> その他<br>※ <input type="checkbox"/> 気管挿管 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻<br>カバゲ mm カ容量 ml<br>固定位置 cm<br>実施場所 ( )<br>実施時刻 :<br>換気 : <input type="checkbox"/> バクク <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br>O <sub>2</sub> %/m 回/m<br><input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 : | 静脈路確保<br><input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止<br>実施場所 ( ) :<br>実施時刻 :<br>血管確保、部位 G<br>中止・未実施理由 : | 医師連携による<br>医師の処置記入欄<br>実施者氏名 |
|  |  |  |                              |
| 指示要請<br>その他医師からの<br>指導内容   | <input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由 :<br>指示・指導医氏名 :<br>所属病院   | 要請時刻・内容 :<br>実施者   | 指示・指導内容等                     |
| 実施時刻<br>意識<br>呼吸<br>脈拍<br>ECG<br>血圧<br>瞳孔<br>SpO <sub>2</sub><br>体温  | 時間経過<br>覚知 :<br>出場 :<br>現着 :<br>接触 :<br>現発 :<br>到着 :<br>収容 :<br>連携活動等<br><input type="checkbox"/> 消防隊連携<br><input type="checkbox"/> Dr CAR 連携<br><input type="checkbox"/> Dr へリ連携<br><input type="checkbox"/> へリ連携<br><input type="checkbox"/> 救助水難活動  |  |                              |
| 観察・処置の経過<br>処置<br>処断<br>処判<br>等  |  |  |                              |
| その他適用<br>必要事項  |  |  |                              |

救急隊員氏名

隊員 :

機関員 :

※ 救急救命士が行う気管挿管は、平成 16 年 7 月を目前に、諸条件を満たし、各都道府県MC協議会で認定を受けた救急救命士において実施される予定。

救急活動記録票

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 引継日時           | 平成 年 月 日 ( ) 時 分   | 救急隊 隊長 氏名   |
| 出場番号           | 傷病者番号  | 救急救命士 氏名  |
| 出場先            | 事故種別<br><input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 自然<br><input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般<br><input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損<br><input type="checkbox"/> 他 ( )  | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難   |
| 傷病者住所等<br>氏名   | 市郡 町 丁目 番 号<br>市郡 町 丁目 番 号   | 発生場所<br>電話 ( )<br>性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 ( )<br>M T S H 年 月 日 ( 歳 )  |
| 収容機関           | 療称 所在地   | 初診時傷病名  |
| 不救護理由<br>拒否者署名 |  | 記入時刻  |
| 死亡確認時<br>医師署名  | 死亡確認医師署名<br><input type="checkbox"/> 住診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 医師要請医師<br>死亡確認 確認時刻   | 医師署名  |
| 救急要請の概要        |  | 初診時程度<br><input type="checkbox"/> 死亡: 初診時死亡が確認されたもの<br><input type="checkbox"/> 重症: 三週間以上の入院加療を要するもの<br><input type="checkbox"/> 中等症: 傷病の程度が重症又は軽症以外のもの<br><input type="checkbox"/> 軽症: 軽易で入院を要しないもの  |
| 現場到着・接触時の状況    | 既往症: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: 現病名: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名:  |   |
| 傷病者情報          | 自覚症状等: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明: 理由 性状:   |   |
| 主訴等            | 痛みの部位:   |   |
| 救急隊現着時の所見      | 状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 側臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位: 右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>表情: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>顔貌: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>出血: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: <input type="checkbox"/> 外出血 部位: <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血<br>痙攣: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状: <input type="checkbox"/> 多 (少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位: / 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り<br>失禁: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位<br>四肢変形: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 Ⅲ度 %部位 / %部位<br><input type="checkbox"/> 熱傷: Ⅱ度 %部位: Ⅲ度 %部位<br>死亡徴候: <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑: 部位 <input type="checkbox"/> 他 | ハートカプラー-CPR の状況<br><input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り<br>実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>資格: ( )<br>CPR 口頭指導: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り<br><input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員<br><input type="checkbox"/> 他 ( )<br>処置内容: <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸<br><input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ( ) |
| 病院選定等          | 初期 ECG<br><input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA<br><input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>心停止の推定原因<br><input type="checkbox"/> 非心原性 ( )<br><input type="checkbox"/> 心原性<br>推定原因: <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛<br><input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ハートブレーカー<br><input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 既往歴<br>他の市民処置: <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )  | 心停止の目撃<br><input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り<br>目撃者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊<br><input type="checkbox"/> 他 ( )<br>目撃時刻: <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明<br>性状: <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明  |
| 病院選定等          | 病院選定・経過等<br>選定者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 他 ( )<br>連絡開始時刻<br>病院選定時刻   | 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( )   |
| 転送経過           | 要請病院名: _____<br>要請医師名: _____<br>病院選定: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部<br>同乗管理 <input type="checkbox"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他   | 要 請 内 容   |

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| 引継日時        | 平成 年 月 日 ( ) 時 分   | 救急隊 隊長 氏名  |
| 出場番号        | 傷病者番号 市郡 町 丁目 番 号  | 救急救命士 氏名   |
| 出場先         | 事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難           |  |
| 傷病者住所氏名     | 市郡 町 丁目 番 号  | 発生場所   |
| 収容医名        | 電話 ( )   |  |
| 機関在         | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 ( )  |  |
|             | MTSH 年 月 日 ( 歳)  |  |
| 不救護理由拒否者署名  | 初診時傷病名   | 記入時刻   |
| 死亡確認時医師署名   | 死亡確認医師署名 <input type="checkbox"/> 現場医師 <input type="checkbox"/> 医師要請医師   |  |
| 救急要請の概要     | 初診時程度 <input type="checkbox"/> 死亡: 初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重症: 三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症: 傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽症: 軽易で入院を要しないもの   |  |
| 現場到着・接触時の状況 | 既往症: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: 現病名: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名:  |  |
| 傷病者情報       | 自覚症状等: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明 理由 性状:  |  |
| 主訴等         | 痛みの部位:   |  |
| 救急隊到着時の所見   | 状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位: 右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ( )   |  |
|             | 表情: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ( )  |  |
|             | 顔貌: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> アノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ( )       |  |
|             | 出血: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位: <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 生殖器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 |  |
|             | 痙攣: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状: / 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り  |  |
|             | 失禁: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明  |  |
|             | 四肢変形: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位: / 痺痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位:   |  |
|             | 熱傷: II度 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位: / 創傷・種類: 部位: / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位: III度 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位: %                        |  |
|             | 死亡徴候: <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑: 部位: / 他   |  |
|             | 初期 ECG   | 心停止の目撃   |
|             | <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA   | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り                                    |
|             | <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus  | 目撃者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 |
|             | <input type="checkbox"/> その他 ( )   | 資格: ( )  |
|             | 心停止の推定原因   | CPR 口頭指導: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り                          |
|             | <input type="checkbox"/> 非心原性 ( )  | <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員                                  |
|             | <input type="checkbox"/> 心原性   | 他 ( )  |
|             | 推定原因: <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛  | 処置内容: <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸                          |
|             | <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> V-V-S-M-C-A   | <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ( )                                 |
|             | <input type="checkbox"/> 他 ( )   |  |
| 病院選定等       | 他の市民処置: <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )   | 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ( )                            |
|             | 病院選定・経過等   |  |
|             | 選定者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 他 ( )   |  |
|             | 病院選定時刻   |  |
|             | 病院決定時刻   |  |
|             | 病院選定経過:  |  |
| 転送経過        | 要請病院名: _____   | 要請内容   |
|             | 要請医師名: _____   |  |
|             | 病院選定: <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部   |  |
|             | 同乗管理 <input type="checkbox"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他   |  |

|   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| 除細動実施場所 ( )   | 気道確保  | 静脈路確保  | 医師連携による                            |
| <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT | <input type="checkbox"/> 用手 ( )   | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 | 医師の処置記入欄                           |
| 確認時刻  | <input type="checkbox"/> 咽頭エアー <input type="checkbox"/> 鼻頭エアー   | 実施場所 ( )   | 実施者氏名                              |
| <input type="checkbox"/> 単相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形     | <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> フォルテ <input type="checkbox"/> フューブ | 実施時刻   |                                    |
| 1回目 ( J )   | <input type="checkbox"/> その他  | 血管確保、部位  |                                    |
| 2回目 ( J )   | ※ <input type="checkbox"/> 気管挿管: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻                            | G  |                                    |
| 3回目 ( J )   | サイズ mm 挿管位置 cm  | 中止・未実施理由:  |                                    |
| 確認時刻  | 固定位置 ( )  |  |                                    |
| 4回目 ( J )   | 実施場所 ( )  |  |                                    |
| 5回目 ( J )   | 実施時刻  |  |                                    |
| 6回目 ( J )   | 換気: <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器   |  |                                    |
| 結果:   | O <sub>2</sub> 流量 回/m   |  |                                    |
| 中止・未実施理由:   | <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由:   |  |                                    |
| 実施者: <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名  | 実施者: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準                             | 実施者: <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名                     |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名                          |  |                                    |
| 指示要請  | <input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由:   |  |                                    |
| その他医師からの指導内容  | 要請時刻・内容 実施者   |  |                                    |
| 指示・指導氏名   |   |  |                                    |
| 所属病院  | 指示・指導内容等  |  |                                    |
| 実施時刻  |   |  |                                    |
| 意識  |   |  | 時間経過                               |
| 呼吸  |   |  | 覚知                                 |
| 脈拍  |   |  | 出場                                 |
| ECG   |   |  | 現着                                 |
| 血圧  |   |  | 接触                                 |
| 瞳孔  |   |  | 現発                                 |
| SpO <sub>2</sub>  |   |  | 痙攣                                 |
| 体温  |   |  | 収容                                 |
| 処置  |   |  | 連携活動等                              |
| 処断  |   |  | <input type="checkbox"/> 消防隊連携     |
| 等   |   |  | <input type="checkbox"/> Dr CAR 連携 |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Dr ヘリ連携   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> ヘリ連携      |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 救助水難活動    |
| その他適用必要事項   |   |  |                                    |
| 救急隊員氏名  | 隊員:   | 機関員:   |                                    |

※ 救急救命士が行う気管挿管は、平成16年7月を目的に、諸条件を満たし、各都道府県MC協議会で認定を受けた救急救命士において実施される予定。