

第1号様式（第25条関係）

搬送確認書（医療機関控え）

4-1

引継日時	年 月 日 () 時 分		救急隊（隊員数 人） 隊長氏名	
出場番号	傷病者番号 -	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 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ()	
出場先		発生場所		
傷病者住所氏名等		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 () 歳	生年月日 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
	Tel ()	職業 ()		
初診医所見等	収容医療機関名称所在地	初診時傷病名 記入時刻 (時 分)		
	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：ご意見のある項目に、○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. CPA 後静脈路確保 4. アドレナリン投与 5. エピペン使用 6. 血糖値測定 7. ブドウ糖投与 8. CPA 前静脈路確保と輸液 9. その他意見		医師署名	
			初診時程度別 <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：軽症で入院を要しないもの	
救急要請概要				
自覚症状主訴等				
到着時接触時状況				
救急隊現着時・接触時状況	呼吸： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 過度の努力呼吸で会話不能（単語のみ話せる状態） <input type="checkbox"/> 上気道閉塞（あえぎ呼吸・陥没呼吸・シーソー呼吸等含む） <input type="checkbox"/> 補助呼吸が必要 <input type="checkbox"/> 呼吸音左右差あり <input type="checkbox"/> 異常呼吸（中枢性呼吸異常・呼吸様式の異常等） <input type="checkbox"/> とぎれとぎれの会話 <input type="checkbox"/> 増悪する吸気性喘鳴 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 労作時息切れ <input type="checkbox"/> 努力様呼吸 <input type="checkbox"/> 吸気性喘鳴 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	循環： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ショック徴候あり（蒼白・虚脱・冷汗・呼吸困難等） <input type="checkbox"/> 起立性失神 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 坐位・立位での失神様症状 <input type="checkbox"/> 低血圧の疑い <input type="checkbox"/> バイタルサインが正常の上限または下限値である（通常値と異なる） <input type="checkbox"/> その他 ()			
	意識： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 舌根沈下 <input type="checkbox"/> 持続する痙攣 <input type="checkbox"/> 意識レベルが次第に増悪 <input type="checkbox"/> 急に出現した短期記憶の新たな障害 <input type="checkbox"/> 急に出現した行動の変容 <input type="checkbox"/> 新たに出現した軽度の意識障害（GCS14・JCS1） <input type="checkbox"/> 慢性的な軽度の意識障害（GCS14・JCS1） <input type="checkbox"/> その他 ()			
	発熱： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：有の場合： <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 心拍数 90 回/分以上または呼吸 20 回/分以上 <input type="checkbox"/> 具合が悪そうな状態（紅潮・傾眠傾向・不安不穏状態） <input type="checkbox"/> 苦痛なく落ち着いている			
	疼痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：有の場合： <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 深在性 <input type="checkbox"/> 浅在性 痛みスコア () ※0～10 で表記 <input type="checkbox"/> 不明 ショック状態： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り： <input type="checkbox"/> 循環血流量減少性 <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> 閉塞性 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> その他 () 死体徴候： <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑：部位 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
接触時状況	初期 ECG	心停止の目撃	バイスタンダー CPR の状況	
	<input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 目撃： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り→開始時刻(時 分 <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定) 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 実施者の資格 () 処置内容： <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> AED の使用(電源 ONor パッド貼付)→除細動： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (時 分 <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定) 回数 (回) <input type="checkbox"/> その他 () CPR 口頭指導： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 口頭指導者： <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	心停止の推定原因	目撃時刻 (時 分)		
	<input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> 非心原性 () 推定理由： <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明 性状： <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明		
	市民による他の処置等： <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> その他 () 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往症	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： _____	
	通院医療機関： _____			

※ 初診時程度が重症又は死亡のもので、本救急活動等に関する意見があり後日消防本部からの連絡が必要な場合は、上記項目「要連絡」にチェックしてください。ご意見は事後検証に活用させていただきます。
 （本紙については傷病者収容時に可能な限り記載し、未記載部分については医療機関の必要に応じて、帰署後に情報提供できるようにすること。）

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	薬剤投与(アドレナリン/エピペン/ブドウ糖)	処置等の特記事項	
	実施場所 ()	<input type="checkbox"/> 用手 ()	<input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保済	<input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 投与完了 <input type="checkbox"/> 一部投与 <input type="checkbox"/> 全く投与済		実施場所 () 投与回数 (回) 1 回目 (時 分) 2 回目 (時 分) 3 回目 (時 分) 4 回目 (時 分) 5 回目 (時 分) 総投与量 (ml) 特記 (投与済・未施行理由等)
	<input type="checkbox"/> 単相性 <input type="checkbox"/> 二相性	<input type="checkbox"/> 経口エアウェイ <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ	実施場所 ()	目的・適応		
	1 回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	<input type="checkbox"/> LM () 施行	<input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> クラッシュ <input type="checkbox"/> ブ糖	確保時刻 (時 分)		
	2 回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保済	確保の部位：	(G) 穿刺回数 (回)		
	3 回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	<input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ施行	輸液速度 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 急速	総輸液量 (ml)		
	4 回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保済	特記 (確保済・未施行理由等)：			
	5 回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	<input type="checkbox"/> 気管挿管施行	実施者名：	資格： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 薬剤認定 <input type="checkbox"/> 新処置認定		
	結果：	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保済	資格： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 薬剤認定 <input type="checkbox"/> 新処置認定	資格： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 薬剤認定 <input type="checkbox"/> 新処置認定		
	特記 (未施行理由等)：	実施場所 ()	血糖測定	その他の記録 (医師等の処置等)		
	確保時刻 (時 分)	血糖値 (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 医師連携有り → <input type="checkbox"/> 医師処置有り <input type="checkbox"/> 医師同乗有り (<input type="checkbox"/> 往診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> ドクターカー/ドクターヘリ) 医師名 _____ 医師の処置内容等：			
	資格 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 挿管認定	測定時刻 (時 分)				
	実施者名：	穿刺回数 (回)				
	換気： <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	測定理由：				
	O ₂ 流量/分 回/分	特記 (測定済理由、有害事象等)：				
	特記：	実施者名：	病着時血糖 () <input type="checkbox"/> 不明			
	主実施者名： 資格 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士					

時間経過	
覚知	：
出場	：
到着	：
接触	：
車取	：
現発	：
到着	：
収容	：
連携活動	
<input type="checkbox"/> 消防隊	
<input type="checkbox"/> 救助隊	
<input type="checkbox"/> 消防防災ヘリ	
<input type="checkbox"/> 他の救急隊	
<input type="checkbox"/> Dr カー	
<input type="checkbox"/> Dr ヘリ	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

処 置	処 遇
<input type="checkbox"/> 気管挿管	<input type="checkbox"/> 緊急手術
<input type="checkbox"/> 人工呼吸	<input type="checkbox"/> 緊急血管造影
<input type="checkbox"/> 緊急輸血	<input type="checkbox"/> I C U / C C M ・ O p e n 室入院