

第2号様式（第25条関係）

搬送確認書（救急隊控え）

4-2

引継日時	年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人) 隊長氏名 救急救命士氏名
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 ()
		発生場所	
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 () 歳	
		職業 ()	
初診医 所見等	取容医療 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.エビヘン使用 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	

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"/> ICU / CCM・Open 室入院