

第7号様式（第36条関係）

救急活動記録票2

4-3

引継日時	年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人) 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 ()	
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 ()		
収容医療機関名称所在地		初診時傷病名	記入時刻 (時 分)	
不搬送状況等	理由 傷病者署名 (間柄)	医師署名		
死亡確認状況等	<input type="checkbox"/> 往診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 現場要請医師 死亡確認時刻 (時 分) 死亡確認医師署名	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				
現着時接触時状況				
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 ()			
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"/> P E A <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	<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			
<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 ()				
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：	
医療機関との経過	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"/> その他 () 連絡開始時刻 (時 分) 決定時刻 (時 分) 受入照会回数 (回) 選定経過（照会した医療機関名や結果等）：			

転送内容	要請医療機関名： 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 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 病院救命士 <input type="checkbox"/> その他		要請内容					
	除細動	気道確保	静脈路確保	薬剤投与(アドレナリン/エピベン/ブドウ糖)				
救命処置等	実施場所 ()	<input type="checkbox"/> 用手 () <input type="checkbox"/> 経口エアウェイ <input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ	<input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ	<input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 投与完遂 <input type="checkbox"/> 一部投与 <input type="checkbox"/> 全く投与デキズ <input type="checkbox"/> アドレナリン <input type="checkbox"/> エピベン <input type="checkbox"/> ブドウ糖				
	<input type="checkbox"/> 単相性 <input type="checkbox"/> 二相性	<input type="checkbox"/> LM () 施行	実施場所 ()	実施場所 ()				
	1回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ	目的・適応	投与回数 (回)				
	2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 ()	<input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> クレンジング <input type="checkbox"/> 糖	1回目 (時 分)				
	3回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ	確保時刻 (時 分)	2回目 (時 分)				
	4回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	<input type="checkbox"/> 気管挿管施行	確保の部位： (G) 穿刺回数 (回)	3回目 (時 分)				
	5回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> V T (時 分)	<input type="checkbox"/> 喉頭鏡 <input type="checkbox"/> ビデ喉頭鏡	輸液速度 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 急速	4回目 (時 分)				
	結果：	→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ	総輸液量 (ml)	5回目 (時 分)				
	特記 (未施行理由等)：	サイズ mm カフ容量 ml 固定位置 cm	特記 (確保デキズ・未施行理由等)：	総投与量 (ml) 特記 (投与デキズ・未施行理由等)				
	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	実施場所 () 確保時刻 (時 分) 特記 (確保デキズ・未施行理由等)	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	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				
M C 指示要請	<input type="checkbox"/> 未要請 <input type="checkbox"/> 指示、指導助言有り <input type="checkbox"/> 連絡とれず (理由：) 連絡がとれるまでに要した発信回数 (回) MC 医と会話ができるまでに要した時間 <input type="checkbox"/> 1分未満 <input type="checkbox"/> 1分以上 (分) 要請者名： MC 医名： MC 医所属機関： 指示・指導助言 (時刻と内容等)：							
観察・処置の経過	実施時刻	:	:	:	:	:	:	時間経過
	意識	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	覚知 :
	呼吸	回/min	回/min	回/min	回/min	回/min	回/min	出場 :
	脈拍	回/min	回/min	回/min	回/min	回/min	回/min	現着 :
	ECG							接触 :
	血圧	/	/	/	/	/	/	車収 :
	瞳孔	左 mm 右 mm	左 mm 右 mm	左 mm 右 mm	左 mm 右 mm	左 mm 右 mm	左 mm 右 mm	現発 :
	SpO ₂	%	%	%	%	%	%	病着 :
	体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	収容 :
	処置判断等	連携活動 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 救助隊 <input type="checkbox"/> 消防防災A <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 ()						
特記事項								