

第8号様式 (第36条関係) 救急活動記録票 3

応急処置															使用資器材																							
止血 固定	人工呼吸 心マツサージ(自動)	心肺蘇生(自動)	心肺蘇生(自動)	心肺蘇生(自動)	酸素吸入	気道確保	気道確保	気道確保	保溫	被覆	在宅療法	在宅療法	除細動	シヨツクパンツ	静脈路確保	その他処置	血圧測定	聴診器	血中酸素	心電図(伝送)	心電図(以外)																	
協力者住所															性別	協力者 処置/口頭指導有																						
															処置者																							
協力者氏名															救急講習																							
															連絡先	口頭指導																						
Bystander	□ 有時分				指導員				気道確保 人工呼吸 心マツサージ 止血 被覆 固定 移動 体位 心肺蘇生 除細動 創傷処理																													
	□ 口頭指導有				実施不可 理由																																	
手当有効性																																						
指導理解																																						
観察時点	時 分															時 分																						
意識 JCS	正常 清明																																					
	<input type="checkbox"/> 不隱(R) <input type="checkbox"/> 失禁(I) <input type="checkbox"/> 喪失(A) <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直				<input type="checkbox"/> 不隱(R) <input type="checkbox"/> 失禁(I) <input type="checkbox"/> 喪失(A) <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直				<input type="checkbox"/> 不隱(R) <input type="checkbox"/> 失禁(I) <input type="checkbox"/> 喪失(A) <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直				<input type="checkbox"/> 不隱(R) <input type="checkbox"/> 失禁(I) <input type="checkbox"/> 喪失(A) <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直				<input type="checkbox"/> 不隱(R) <input type="checkbox"/> 失禁(I) <input type="checkbox"/> 喪失(A) <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直																					
GCS	E 自発的 V 良好 M 命令に従う				E V M 計点				E V M 計点				E V M 計点																									
呼吸	回/分 聴診				回/分 聴診				回/分 聴診				回/分 聴診																									
脈拍	回/分				回/分				回/分				回/分																									
血圧	/ mmHg				/ mmHg				/ mmHg				/ mmHg																									
SpO ₂	% O ₂ L 投与後 %				% O ₂ L 投与後 %				% O ₂ L 投与後 %				% O ₂ L 投与後 %																									
体温	℃				℃				℃				℃																									
瞳孔	左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 不同右> <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 共同偏視				左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 不同右> <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 共同偏視				左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 不同右> <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 共同偏視				左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 不同右> <input type="checkbox"/> 結膜出血 <input type="checkbox"/> 共同偏視																									
顔貌																																						
心電図	ST				ST				ST				ST																									
麻痺																																						
その他見																																						
主訴等	自覚症状等 : <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明: 理由 : 痛みの部位 : 性状:															時間経過																						
現場到着時の状況	状態 : <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 : <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ()															心肺停止時刻				時 分																		
	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 ()															Bystander CPR				時 分																		
	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 ()															現場到着				時 分																		
	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"/> 咳血 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()															接触時刻				時 分																		
	出血量 : () <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位 :															CPR開始				時 分																		
	痙攣 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状 :															初回除細動				時 分																		
	失禁 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 不明 嘔吐 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り															気道確保完了				時 分																		
	嘔気 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 四肢変形 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り : 部位															静脈路完了				時 分																		
	麻痺 : <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り : 部位 <input type="checkbox"/> 热傷 : I 度 % 部位 : II 度 % 部位 : III 度 % 部位 : 死亡兆候 : <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑 : 部位															呼吸再開				時 分																		
																CPR中止				時 分																		
															現場出発				時 分																			
															病院収容前の心拍再開				時 分																			
															病院到着				時 分																			
既往症	<input type="checkbox"/> 有				通院病院																																	
心肺停止目撃状況					目撃者								場所																									