

第12号様式（第37条関係）

検証票

4-4

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 <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.エビベン使用 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	初診時傷病名 記入時刻 (時 分)	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"/> 循環血液量減少性 <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"/> VT <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 ()		
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： 通院医療機関： 現病名： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：			
医療機関選定経	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																																																																																
救命処置等	実施場所 () <input type="checkbox"/> 単相性 <input type="checkbox"/> 二相性 1回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> VT (時 分) 2回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> VT (時 分) 3回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> VT (時 分) 4回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> VT (時 分) 5回目 <input type="checkbox"/> V F <input type="checkbox"/> VT (時 分) 結果： 特記 (未施行理由等)：	<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"/> LM () 施行 <input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ施行 () <input type="checkbox"/> 気管挿管施行 <input type="checkbox"/> 喉頭鏡 <input type="checkbox"/> ビデオ喉頭鏡 <input type="checkbox"/> サイズ mm <input type="checkbox"/> カ容量 ml <input type="checkbox"/> 固定位置 cm 実施場所 () 確保時刻 (時 分) 特記 (確保がキズ・未施行理由等) 資格： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 挿管認定 実施者名： 換気： <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ 分/分 回/分 特記：	<input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保がキズ 実施場所 () 目的・適応 <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> クラッシュ <input type="checkbox"/> ブドウ糖 確保時刻 (時 分) 確保の部位： (G) 穿刺回数 (回) 輸液速度 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 急速 総輸液量 (ml) 特記 (確保がキズ・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	薬剤投与 (7.レタシ/8.ベン/9.ブドウ糖) <input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 投与完遂 <input type="checkbox"/> 一部投与 <input type="checkbox"/> 全く投与がキズ <input type="checkbox"/> アドレナリン <input type="checkbox"/> エピベン <input type="checkbox"/> ブドウ糖 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 (投与がキズ・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	処置等の特記事項																																																																														
	<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)：		血糖測定 <input type="checkbox"/> 施行→ <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 測定がキズ 血糖値 (mg/dl) 実施場所 () 測定時刻 (時 分) 穿刺の部位： 穿刺回数 (回) 測定理由： 特記 (測定がキズ理由、有害事象等)： 実施者名： 病着時血糖 () <input type="checkbox"/> 不明	その他の記録 (医師等の処置等) <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"/> 臨床場医師 <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：																																																																															
M C 指示要請																																																																																			
	観察・処置の経過 <table border="1"> <tr> <td>実施時刻</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>:</td> <td>時間経過</td> </tr> <tr> <td>意識</td> <td>JCS</td> <td>JCS</td> <td>JCS</td> <td>JCS</td> <td>JCS</td> <td>JCS</td> <td>覚知</td> </tr> <tr> <td>呼吸</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>出場</td> </tr> <tr> <td>脈拍</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>回/分</td> <td>現着</td> </tr> <tr> <td>ECG</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>接触</td> </tr> <tr> <td>血圧</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>車収</td> </tr> <tr> <td>瞳孔</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>左 mm 右 mm</td> <td>現発</td> </tr> <tr> <td>SpO₂</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>%</td> <td>病着</td> </tr> <tr> <td>体温</td> <td>℃</td> <td>℃</td> <td>℃</td> <td>℃</td> <td>℃</td> <td>℃</td> <td>収容</td> </tr> <tr> <td>処置判断等</td> <td colspan="6"></td> <td> <input type="checkbox"/>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 () </td> </tr> </table>				実施時刻	:	:	:	:	:	:	時間経過	意識	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	覚知	呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	出場	脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	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						
実施時刻	:	:	:	:	:	:	時間経過																																																																												
意識	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	JCS	覚知																																																																												
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	出場																																																																												
脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	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							<input type="checkbox"/> 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 ()																																																																												
事後検証	観察 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 劣等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		判断 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 劣等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		処置 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 劣等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		医療機関選定 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 劣等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善		検証医 評価																																																																										
	検証日： 年 月 日		検証医：(所属) (氏名)																																																																																
指導者所見		年 月 日 (氏名)																																																																																	
救急救命士確認欄																																																																																			