

医政指発0131第2号

平成26年1月31日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局指導課長

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、
血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のための
講習及び実習要領並びに修了の認定等について

「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施について」（平成26年1月31日医政発0131第1号厚生労働省医政局長通知）において別途通知することとしていたところ、別紙のとおりとりまとめたので参考とされたい。

なお、今般「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」（平成26年1月31日厚生労働省令第7号）により追加された、救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与に係る内容を含んだカリキュラムを修了したうえで救急救命士国家試験に合格した者については、本講習及び実習の対象外となる予定であることを申し添える。

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について

1 講習及び実習について

原則として、次の条件を満たすものであり、講習及び実習の実施施設の長は、その内容について、都道府県メディカルコントロール協議会（以下「都道府県 MC 協議会」という。）及び地域メディカルコントロール協議会（以下「地域 MC 協議会」という。）と十分協議すること。

(1) 対象者について

救急救命士の資格を有する者で、かつ、心臓機能停止の状態である傷病者に対する薬剤（エピネフリン）投与の実施のための講習及び実習を修了した者。

(2) 講習内容及び講習時間について

別表に定める内容を含む基本時限数 24 時限（1 時限は 50 分）以上のものであること。心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与に係る講習内容は一体であり、単独行為のみの講習内容は認められないこと。

あわせて、受講生の講習の開始に先立ち、薬剤（エピネフリン）投与に関する基礎知識、手技の確認を行うこと。

（なお、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金「救急救命士の処置範囲に係る研究」研究班によって実施された実証研究において定められた講習を修了した救急救命士にあっては、別表の中項目の①、②、⑥、⑦、⑧、⑮、⑯の内容を網羅して、合計 3 時限以上のものを所管する都道府県 MC 協議会又は地域 MC 協議会の定めた方法で実施すること）

(3) 教員について

別表に掲げる各教育内容を教授するに適切な数の教員を有し、医師、救急救命士又はこれと同等以上の学識経験を有する者が望ましいこと。

(4) 定員について

1 講義の定員は、10 名以上 50 名以下が望ましいこと。

(5) 講習を実施する施設について

同時に行う講義数を下回らない数の普通教室を有し、適当な広さの実習室を有すること。

(6) 備品について

講習及び実習を実施する上で必要なシミュレーション人形、血糖測定器などの機械

器具、図書等を有していること。

(7) 講習及び実習修了証明書の発行について

適正な筆記試験および実技試験を行い、その試験に合格した者について、講習及び実習の実施設の長が講習及び実習修了証明書を発行すること。

2 講習及び実習修了者の認定及び登録について

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施を行う際には、オンラインメディカルコントロールによって、医師の具体的指示を受けることになるので、その円滑な運用を図るために、講習および実習修了証明書の交付を受けた救急救命士を把握する必要がある。

都道府県 MC 協議会は、救急救命士の資格を有し、1 (7) に基づく修了証明書によって、上記が把握できた者に対して、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る認定書を交付し、また、その認定を受けた救急救命士を登録するための名簿を作成、管理するとともに、これらの処置の円滑な運用のために地域 MC 協議会と情報を共有すること。

3 再教育について

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を行う際に必要な知識、技能を習得し、2 の認定証を交付された救急救命士に対し、その技術を維持するために必要な再教育を行うこと。

救急救命士による心肺機能停止前の患者に対する静脈路確保及び輸液、
血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る追加講習カリキュラム

【一般目標】

1. 救急現場において血糖測定、ブドウ糖溶液の投与の適応を適切に判断する能力を身につける。
2. 救急現場においてショックの病態などを鑑別し、心肺機能停止前の静脈路確保及び輸液の適応を適切に判断する能力を身につける。
3. 血糖測定並びにブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及び輸液をプロトコールに基づき確かつ安全に施行する能力を身につける。
4. 血糖測定並びにブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及び輸液に伴う危険因子、合併症を認識し、事故発生時に責任をもって適切に対処できる能力を身につける。
5. 血糖測定並びにブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及び輸液は、メディカルコントロール下で行われるということを認識し、医師との円滑なコミュニケーションにより適切に指示指導助言を受けられる能力を身につける。
6. 血糖測定並びにブドウ糖溶液の投与、静脈路確保及び輸液の実施について、医療倫理の側面からも適切に説明し、傷病者等から信頼が得られる能力を身につける。

種別	大項目	中項目	小項目	到達目標	基本 時限
講義	(講習の準備)	(講習の準備)	コースの概略の説明	コースの概略について理解する。	※ア
			薬剤投与に関する基礎知識、手技の確認	従来の救急救命処置、特に心肺停止に対する静脈路確保と薬剤投与（エピネフリン）についての知識、手技を確実に習得しているか確認する。	
	1 救急救命処置の変遷	① 処置拡大の変遷と新たな処置拡大についての概要	1 救急救命処置の変遷と新たな処置拡大	救急救命処置の法的位置づけ（救急救命士法、省令、告示等）と、これまでの業務拡大の概要について理解する。	1
	2 病院前医療における医療倫理	② 傷病者への説明と医療倫理について	2 医療倫理 3 傷病者への説明と同意の取得	医療倫理、救急救命士の法的責任について理解する。 意識の有無などの傷病者の状況に応じた処置等の説明の仕方や同意の取得について、医療倫理の側面から正しく理解する。	
	3 糖尿病及び低血糖の病態と治療	③ 糖尿病の病態と治療（血糖降下療法など）	4 生体におけるブドウ糖の役割と代謝	体内におけるブドウ糖代謝とホルモン（インスリン、グルカゴン等）の役割について理解する。	3
			5 糖尿病の病態と治療（血糖降下療法など）	糖尿病の病態と非薬物療法、薬物治療（経口血糖降下薬やインスリンの種類と役割）等について理解する。	
			6 低血糖の病態と対応	低血糖の原因、症候、病態、評価、対応等について理解する。	
			7 高血糖の病態と対応	高血糖の原因、症候、病態、評価、対応等について理解する。	
	④ 低血糖の病態	⑤ ブドウ糖の投与と合併症	8 ブドウ糖の投与と合併症	ブドウ糖の投与の目的、適応、方法、評価、合併症、留意点等について理解する。	
			9 意識障害をきたす疾患とその鑑別	意識障害の評価、鑑別、対応等について理解する。	
10 血糖の測定の目的と測定方法			血糖測定の目的、適応、方法、評価、合併症、留意点等について理解する。		

4	ショックの病態と治療	⑦	各種ショック等の病態と治療	11	ショック、クラッシュ症候群の病態と治療	各種ショック、クラッシュ症候群の原因、症候、病態、評価、対応等について理解する。	4	
		⑧	ショックの原因別の分類・鑑別と輸液の効果	12	ショックの鑑別と輸液の効果	ショックの病態の分類、鑑別を理解し、輸液の目的、適応、方法、評価等について理解する。		
		⑨	輸液と生体の反応と合併症	13	生体に対する輸液とその合併症	ショック、クラッシュ症候群に対する輸液の合併症、留意点等について理解する。		
5	メディカルコントロールと救急救命処置	⑩	メディカルコントロールとオンラインでの傷病者情報の効率的な伝達	14	メディカルコントロールとオンラインでの状況の伝達と指示要請	メディカルコントロール体制について理解を深める。現場からオンライン下に、医師に状況を説明し指示を受ける際のコミュニケーションの確保の難度について理解する。指示、指導又は助言要請の際の工夫等について理解する。	1	
6	効果測定	⑪	教育内容の習得状況の確認(筆記試験)	15	筆記試験	筆記試験において講義での習得状況を確認する	1	
(講義) 小計							10	
実習	7	血糖測定に関する基本的手技	⑫	測定機器の取り扱い	16	機器取り扱いの実際	各種の血糖測定機器の特徴を理解し、適切に取り扱うことができる。不具合に対応できる。	1
			⑬	血糖測定の手技	17	血糖測定の手技の実際	血糖測定を短時間に安全、確実に実施でき、トラブルに適切に対応できる。	
	8	静脈路確保と輸液に関する基本的手技	⑭	心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の手技	18	心肺機能停止前の静脈路確保と輸液の実際	心肺機能停止前の傷病者に静脈路確保が短時間に安全、確実に実施できる。様々な部位からの静脈路確保を実施することができる。	1
					19	ブドウ糖溶液の投与の実際	ブドウ糖溶液の投与を短時間に安全、確実に実施できる。	
					20	静脈確保と輸液でのトラブルに対する対応	静脈路確保と輸液におけるトラブルに適切に対応できる。	
	9	血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のシナリオ訓練	⑮	意識障害の鑑別、低血糖の判断とプロトコールの実施	21	意識障害の鑑別と血糖測定等のプロトコールの実施	意識障害のシナリオ訓練を通じて、次のことが迅速、適切に実施できるようになる。 ・状況評価、初期評価、問診、観察及び評価し、意識障害の鑑別を行う。 ・血糖測定とブドウ糖溶液投与等の適応を判断し、プロトコールを実施する。 ・トラブルに対応する。 ・MC医に連絡をとり、指示、指導又は助言を受ける。	6

10	心肺機能停止前の 静脈路確保と輸液 のシナリオ訓練	⑩	ショックの判断、病態の 鑑別とプロトコールの実 施	22	ショックの病態の鑑別 と輸液等のプロトコー ルの実施	ショックのシナリオ訓練を通じて、次のことが迅速、適切に実施できるようになる。 ・状況評価、初期評価、問診、観察及び評価し、ショックの鑑別を行う。 ・静脈路確保と輸液の適応を判断し、プロトコールを実施する。 ・トラブルに対応する。 ・MC医に連絡をとり、指示、指導又は助言を受ける。	6	
	(効果測定)		教育内容の習得状況の 確認(実技試験)		各処置の実技試験	血糖測定、静脈路確保、輸液及びブドウ糖溶投与の手技が、短時間に安全、確実に実施できることを確認する。	※イ	
					想定事案へのシミュ レーション試験	シミュレーション人形やムラージュ等を用いた想定事案へのシミュレーション試験を実施し、プロトコールの実践能力、オンラインでの指示要請、傷病者への説明などが、短時間に安全、確実に実施できることを確認する。		
							(実習) 小計	14
							(1時限は50分) 総計	24 時限

※ア 本講習カリキュラムは、心肺停止に対する静脈路確保と薬剤(エピネフリン)投与についての知識、手技が確実に習得できている薬剤認定救急救命士を対象としたものである。そのため、講習実施者によって、事前に心肺停止に対する静脈路確保と薬剤(エピネフリン)投与についての知識、手技が確実に習得できていることを確認すること。

※イ 講習受講者の各々について、講習実施者によって実技試験(各処置の実技試験、シミュレーション試験)を実施すること。その際、メディカルコントロールに関わる医師や救急救命士教育を専門とする医師が立ち会うこと。

消 防 救 第 1 3 号
医 政 指 発 0 1 3 1 第 3 号
平 成 2 6 年 1 月 3 1 日

各都道府県 { 消防主管部（局）長 } 殿
 { 衛生主管部（局）長 }

消 防 庁 救 急 企 画 室 長

厚 生 労 働 省 医 政 局 指 導 課 長

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、
血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施に係る
メディカルコントロール体制の充実強化について

「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」（平成 26 年 1 月 31 日厚生労働省令第 7 号）が公布され、平成 26 年 4 月 1 日より救急救命士の行う救急救命処置として、医師の具体的な指示の下での心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与が新たに可能となったが、こうした処置範囲拡大の前提として、事後検証の実施を含めたメディカルコントロール体制の充実強化が不可欠である。

従前より、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施にかかるメディカルコントロール体制の充実強化について（平成 16 年 3 月 23 日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知）」及び「救急救命士の薬剤投与の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化について（平成 17 年 3 月 10 日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知）」により、メディカルコントロール体制の充実強化については、周知しているところであるが、貴職におかれては、今回追加される処置について特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願いたい。

1 医師からの具体的な指示・指導體制の充実

救急救命士が心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を適正に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施に当たり、常時継続して医師からの具体的な指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。

2 プロトコールに沿った実施

救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する、静脈路確保及び輸液のプロトコール並びに血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与のプロトコール（以下合わせて「プロトコール」という。）については、地域メディカルコントロール協議会（以下、「地域 MC 協議会」）において作成すること。その際には、平成 25 年度厚生労働科学研究「救急救命士の処置範囲に係る研究」報告書にある「『心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与』のプロトコール」及び「『心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液』のプロトコール」（別添 1）を参考にすること。

救急救命士はプロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的な指示に基づき、薬剤投与を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

3 所定の知識の習得

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与を実施する際は、「救急救命士の心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施のための講習及び実習要領並びに修了の認定等について」（平成 26 年 1 月 31 日医政指発 0 1 3 1 第 2 号厚生労働省医政局指導課長通知）に定める講習及び実習（以下「追加講習」という。）を修了し、都道府県メディカルコントロール協議会により認定を受ける必要があること。

なお、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与に係る内容を含んだカリキュラムを修了したうえで救急救命士国家試験に合格した者については追加講習の対象外となる予定であることを申し添える。

4 事後検証体制の確立等

心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与については、地域 MC 協議会が設置され、事後検証体制

が確保されていることが前提であり、当該処置を実施した際の観察結果、投与状況等の必要事項を正確に把握する必要があることから、事後検証票（別添2）を参考にし、処置が適切に実施されたかについて事後検証を実施すること。今後、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定並びに低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与について全国的な効果の検証のために事後検証票内の項目に係るデータあるいは検証結果の情報提供を求める場合があることを申し添える。

「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」プロトコール

1 基本的な事項

- ・各地域のショックなどに対する活動プロトコールに組み込んで活用する。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

次の2つをともに満たす傷病者（※1）

- ・増悪するショックである可能性が高い。
もしくは、クラッシュ症候群を疑うか、それに至る可能性が高い。
 - ・15才以上である（推定も含む）。
- ※ただし、心原性ショックが強く疑われる場合は処置の対象から除外する。

3 留意点

- ・ショックの増悪因子としては、出血の持続、意識障害の進行、アナフィラキシー、熱中症などによる脱水などがあげられる。（※1）
- ・狭圧（重量物、器械、土砂等に身体が挟まれ圧迫されている状況）などによるクラッシュ症候群を疑うかそれに至る可能性の高い場合も処置の対象となる。（※1）
- ・「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」は特定行為であり、医師の具体的な指示を必要とする。（※2）
- ・救急救命士は、可能性の高いショックの病態、傷病者の観察所見、状況等を医師に報告する。（※2）
- ・医師は適応を確認し、具体的な指示（輸液量、滴下速度等）を救急救命士に与える。
静脈路確保にいたずらに時間を費やさないように留意し、静脈路確保が困難であると判断された場合などは、搬送を優先してよい。（※3）
- ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（※3）
- ・急速輸液（救急車内の最も高い位置に輸液バックをぶら下げ、クレンメを全開して得られる輸液速度）を原則とするが、医師の指示によって維持輸液（1秒1滴程度）を行う。（※4）
- ・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（※5）

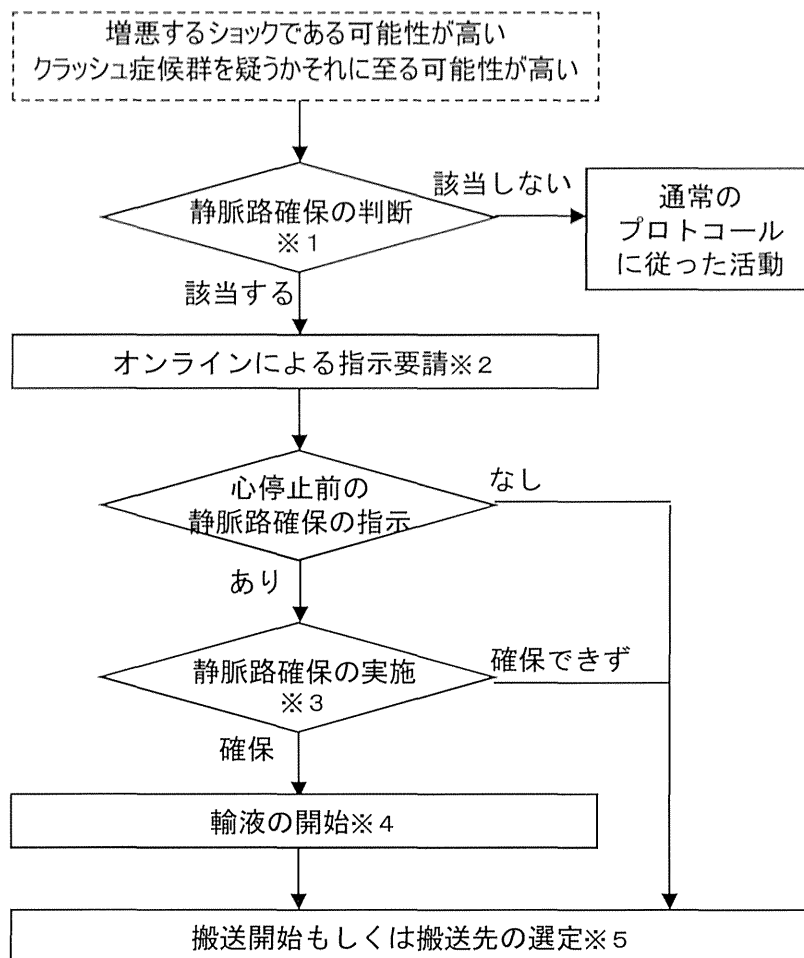


図 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液」
プロトコールの一例

「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコール

1 基本的な事項

- ・各地域の意識障害に対する活動プロトコールに組み込んで活用する。
- ・状況によって、処置の実施よりも迅速な搬送を優先する。

2 対象者

(1) 血糖の測定

①次の2つをともに満たす傷病者（※1）

- ・意識障害（JCS \geq 10を目安とする）を認める。
- ・血糖測定を行うことによって意識障害の鑑別や搬送先選定等に利益があると判断される。

※ただし、くも膜下出血が疑われる例などで、血糖測定のための皮膚の穿刺による痛み刺激が傷病者にとって不適切と考えられる場合は対象から除外する。

②上記①による血糖の測定後に、医師により再測定を求められた傷病者

(2) 静脈路確保とブドウ糖溶液の投与

次の2つをともに満たす傷病者（※2）

- ・血糖値が50mg/dl未満である。
- ・15才以上である（推定も含む）。

3 留意点

- ・「静脈路確保とブドウ糖溶液の投与」は特定行為であり、医師による事前の具体的な指示を必要とする。（※2）
- ・「血糖の測定」については特定行為ではないため具体的指示は必ずしも必要ない。ただし、血糖の測定を試みた場合は、オンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に、血糖測定の実施とその結果等を報告する。（※2, 5）
- ・医師は、ブドウ糖溶液の投与の適応を確認し指示する。
- ・静脈路確保にいたずらに時間を費やさないように留意し、静脈路確保が困難であると判断された場合などは、搬送を優先してよい。（※3）
- ・穿刺針の太さ（ゲージ）は傷病者の状態等により選択する。（※3）
- ・輸液の速度は、維持輸液（1秒1滴程度）を目安とする。（※3）
- ・ブドウ糖溶液の投与は50%ブドウ糖溶液40mlを原則とするが、必要に応じて減量する。（※4）
- ・傷病者の状況、観察所見、実施した処置、その結果等をオンラインMCの医師、もしくは搬送先医療機関の医師等に報告する。（※5）
- ・医師の指示に応じ、血糖の再測定をしてもよい。

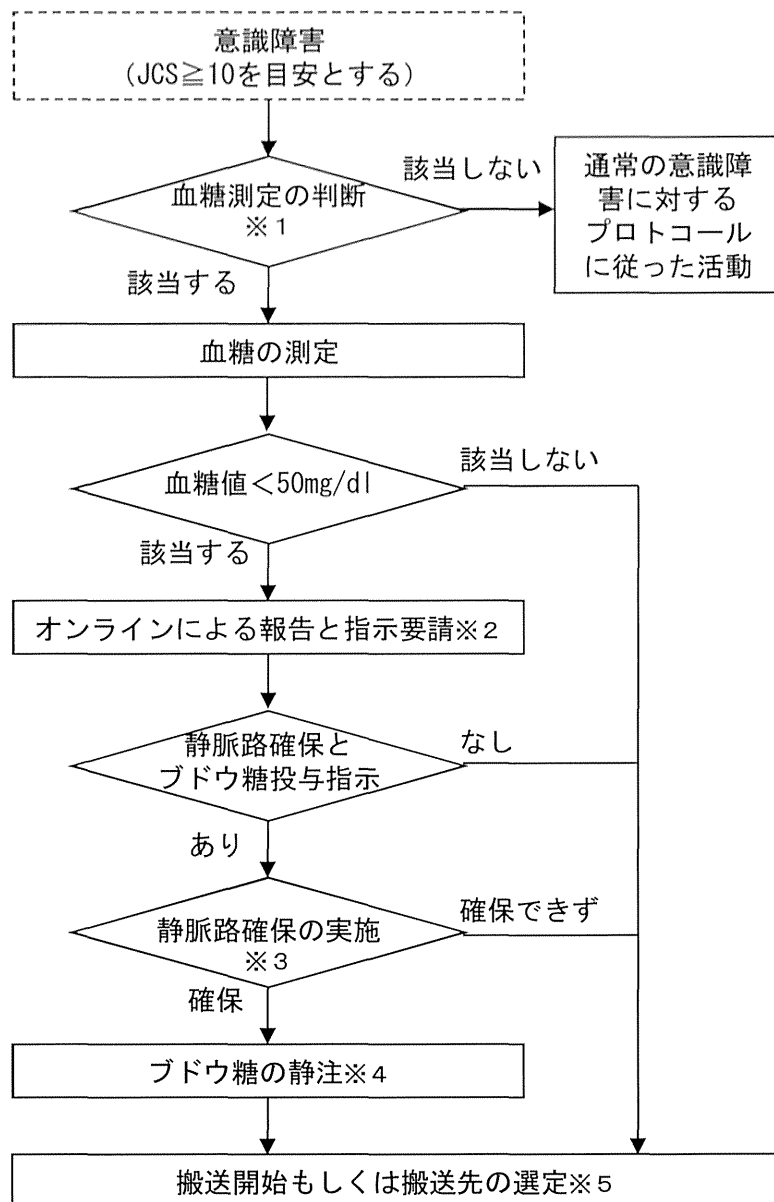


図 「心肺機能停止前の重度傷病者に対する血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与」プロトコールの一例

搬送確認書(医療機関控え)

引継日時	平成 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 -	救急救命士氏名	
出場先	市郡 町 丁目 番 号	発生場所	
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号 Tel ()	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳) 生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 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 checked="" 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. フロドリ糖投与 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			
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: <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 <input type="checkbox"/> VF <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()		心停止の目撃 <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() 目撃時刻(時 分)	バイスタンダー-CPR の状況 <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:	

※ 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。)

除細動		気道確保		静脈路確保		薬剤投与(アドレナリン/エピベンゾトリー糖)		処置等の特記事項		
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"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 2回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 3回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 4回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 5回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 結果: 特記(未試行理由等):	<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()試行 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保テキス <input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ試行 () → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保テキス <input type="checkbox"/> 気管挿管試行 <input type="checkbox"/> 喉頭鏡 <input type="checkbox"/> ビデオ喉頭鏡 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保テキス サイズ mm カ容量 ml 固定位置 cm	<input type="checkbox"/> 試行→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保テキス 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(確保テキス・未試行理由等): 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	<input type="checkbox"/> 試行→ <input type="checkbox"/> 投与完遂 <input type="checkbox"/> 一部投与 <input type="checkbox"/> 全く投与テキス <input type="checkbox"/> アドレナリン <input type="checkbox"/> エピベン <input type="checkbox"/> ブトリー糖 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(投与テキス・未試行理由等): 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	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"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 現場要請医師) 医師名 _____ 医師の処置内容等:		血糖測定 <input type="checkbox"/> 試行→ <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 測定テキス 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(測定テキス理由、有害事象等): 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		換気: <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ 流量/分 回/分 特記:		換気: <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ 流量/分 回/分 特記:					

時間経過	
覚知	:
出場	:
現着	:
接触	:
車収	:
現発	:
病着	:
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	
()	

搬送確認書(救急隊控え)

引継日時	平成 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	收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:	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	

救急活動記録票

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 (隊員数 人)	
出場番号	傷病者番号	事故種別	隊長氏名 救急救命士氏名 <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	市郡 町 丁目 番 号		発生場所	
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号 Tel ()		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳)	生年月日 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
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()			
現着時 ・ 接触時 状況	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			
現着時 ・ 接触時 状況	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()			
現着時 ・ 接触時 状況	初期 ECG		心停止の目撃	
	<input type="checkbox"/> VF <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() 目撃時刻(時 分)	
現着時 ・ 接触時 状況	心停止の推定原因		バイスカンダ-CPR の状況	
	<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"/> 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 バッテリ貼付)→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 <input type="checkbox"/> 頭指導: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 頭指導者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <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:			
医療機関選定経過	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				
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/エピネフリン/ブドウ糖)	処置等の特記事項	
	実施場所 () <input type="checkbox"/> 単相性 <input type="checkbox"/> 二相性 1回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 2回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 3回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 4回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 5回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 結果： 特記(未試行理由等)：	<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() 試行 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ <input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ 試行 () → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ <input type="checkbox"/> 気管挿管 試行 <input type="checkbox"/> 喉頭鏡 <input type="checkbox"/> ビデオ喉頭鏡 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ サイズ mm カ容量 ml 固定位置 cm	<input type="checkbox"/> 試行 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ 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(確保デキズ・未試行理由等)： 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	<input type="checkbox"/> 試行 → <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"/> エピネフリン <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(投与デキズ・未試行理由等)： 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		
			血糖測定			
			<input type="checkbox"/> 試行 → <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 測定デキズ 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(測定デキズ理由、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"/> 現場医師 <input type="checkbox"/> 現場要請医師) 医師名 _____ 医師の処置内容等：		
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	時刻	(接触時)		(病着時)	時間経過	
	意識				覚知 : _____	
	呼吸				出場 : _____	
	脈拍				現着 : _____	
	ECG				接触 : _____	
	血圧				車収 : _____	
	瞳孔				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 ()	
特記事項						

検証票

引継日時	平成 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	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. フロドゥ糖投与 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				
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()			
現着時・接触時状況	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			
現着時・接触時状況	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()			
現着時・接触時状況	初期 ECG	心停止の目撃	バイスカンダ-CPR の状況	
	<input type="checkbox"/> VF <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()	
現着時・接触時状況	心停止の推定原因	目撃時刻(時 分)	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"/> 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	<input type="checkbox"/> AED の使用(電源 ONor バッテリ貼付)→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 <input type="checkbox"/> 頭指導: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 頭指導者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> その他()	
現着時・接触時状況	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					
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/エピペノン/ブドウ糖)	処置等の特記事項		
	実施場所 () <input type="checkbox"/> 単相性 <input type="checkbox"/> 二相性 1回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 2回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 3回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 4回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 5回目 <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT (時 分) 結果： 特記(未試行理由等)：	<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()試行 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ <input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ試行 () → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ <input type="checkbox"/> 気管挿管試行 <input type="checkbox"/> 喉頭鏡 <input type="checkbox"/> ビデオ喉頭鏡 → <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ サイズ mm カ容量 ml 固定位置 cm	<input type="checkbox"/> 試行→ <input type="checkbox"/> 確保 <input type="checkbox"/> 確保デキズ 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(確保デキズ・未試行理由等)： 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	<input type="checkbox"/> 試行→ <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"/> エピペノン <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(投与デキズ・未試行理由等)： 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			
	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・未試行理由等) 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 回/分 特記：	血糖測定 <input type="checkbox"/> 試行→ <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 測定デキズ 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(測定デキズ理由、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"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 現場要請医師) 医師名 _____ 医師の処置内容等：			
	M <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：)	C 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)					
	指示要請	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	時刻 (接触時)				(病着時)	時間経過
		意識					覚知 : _____
		呼吸					出場 : _____
		脈拍					現着 : _____
		ECG					接触 : _____
血圧						車収 : _____	
瞳孔					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 ()		
事後検証	観察	判断	処置	医療機関選定	検証医 評価		
	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善			
	検証日：平成 年 月 日 検証医：(所属) (氏名)						
指導者所見	平成 年 月 日 (氏名)						
救急救命士確認欄							