

No.

事例番号	<input type="text"/>	救急救命士乗車の有無	<input type="text"/>
日付	<input type="text"/>		
覚知	現着 <input type="text"/>	現発 <input type="text"/>	病着 <input type="text"/>
年齢	性別 <input type="text"/>		
119番内容	<input type="text"/>		
受け入れ病院	<input type="text"/>		
2次転送の有無 <input type="text"/>	転送先病院名	<input type="text"/>	
入院の有無 <input type="text"/>	最終診断名	<input type="text"/>	

既往症	<input type="text"/>		
かかりつけ病院	<input type="text"/>		
在宅医療の有無 <input type="text"/>	在宅医療担当医療機関	<input type="text"/>	
救急要請前のADL <input type="text"/>	救急要請回数(1月~)	<input type="text"/>	

救急活動中の診療所との情報交換の有無	<input type="text"/>	連絡診療所名	<input type="text"/>
○診療所→救急隊			
情報を得たタイミング	現着前 <input type="text"/>	現発前 <input type="text"/>	病着前 <input type="text"/>
情報の内容	<input type="text"/>		
○救急隊→診療所			
情報を得たタイミング	現着前 <input type="text"/>	現発前 <input type="text"/>	病着前 <input type="text"/>
情報の内容	<input type="text"/>		
その他	<input type="text"/>		