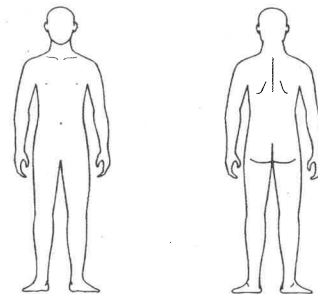


出動年月日	年 月 日	出動番号	救急隊名	救急隊	隊長名	
時間経過	事故種別	<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> その他 ()				
発生	傷病者	(住所) <input type="checkbox"/> 発生場所と同じ			(Tel)	
受付					(職業)	
現着		刃がナ (氏名)	男 女	T S H R	年 月 日 (歳)	(同乗者)
接触		(キーパーソン) 関係			氏名	Tel
收容						
現発	発生場所					
病着						
引揚	事故概要/ 現病歴					
帰署						
救急隊到着時の所見	初期評価	意識: <input type="checkbox"/> 昏 <input type="checkbox"/> 気道: <input type="checkbox"/> 開通 <input type="checkbox"/> 閉塞 呼吸: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 遅い 循環: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 遅い 脈拍触知部位: <input type="checkbox"/> 末梢動脈 <input type="checkbox"/> 頰動脈 皮膚性状: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> 温かい <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 乾燥 活動性出血: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 出血部位:)			主訴等	<input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 眩暈 (性) <input type="checkbox"/> その他 ()
	状態	状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 (左・右) <input type="checkbox"/> 腹臥位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 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 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 痙攣: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (性状:) 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (嘔気: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 出血: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 外出血 (部位:) <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <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 創傷等: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:) <input type="checkbox"/> 創傷 () <input type="checkbox"/> 骨折 (開放性・非開放性) <input type="checkbox"/> 四肢変形 <input type="checkbox"/> 切断 熱傷: II度 % (部位:) III度 % (部位:) 出血量 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 止血 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				
外傷評価	頭部・顔面:	L & G	判断理由 ()		脳卒中が疑われる症状	
	頸部:	現場情報	<input type="checkbox"/> 初期評価 <input type="checkbox"/> 全身観察 <input type="checkbox"/> 受傷機転 <input type="checkbox"/> 対象外		CPSS	
観察所見・経過等	胸部:	ヘルメット装着: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	脳卒中評価		顔のゆがみ	
	腹部:	シートベルト装着: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 突然のかつてない激しい頭痛 <input type="checkbox"/> 突然の歩行・バランス障害 持続するめまい <input type="checkbox"/> 突然の言語の不理解や言語障害 <input type="checkbox"/> 突然の視野異常 <input type="checkbox"/> 突然の一側に限局した顔面・ 上下肢の脱力・感覚異常		顔のゆがみ <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
観察結果	骨盤:	エアバッグ作動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	トロンピングテスト		上肢異常	
	背面:	フロントガラス割れ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 発症時分		上肢異常 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
病歴等	上・下肢:	その他:	時 分		構音障害	
	麻痺:					構音障害 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
観察結果	場所・時刻	現場・車内	() :		処置等	
	JCS	0 I - II - III -			血糖測定: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	GCS	点 (E V M)	E V M	E V M	血糖値 (mg/dl)	
	呼吸	回: 正・異常 ()			測定時刻 (:)	
	SpO ₂	% (O ₂ ℓ: %)	ℓ %	ℓ %	血糖値 (mg/dl)	
	脈拍	回 (整・不整) (強・弱)			測定時刻 (:)	
	血压	/ (左右差 無・有)				
	ECG					
病歴等	瞳孔	右 mm () ・左 mm ()				
	体温	℃ (熱感・冷感)	℃	℃	℃	
病歴等	アレルギー:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)				
	ADL:	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 ()				
病歴等	服薬:	<input type="checkbox"/> 手帳あり				
	既往歴:	意識消失: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終食事時刻 (:) 発症前出来事				
医療機関名		初診時所見・傷病名		傷病程度		
				<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 死亡		
				初診医師名		

※死亡: 初診時死亡を確認、重篤: 生命の危険が切迫している、重症: 入院加療3週間以上、中等症: 入院加療1日以上、軽症: 入院加療の必要なし

出動年月日	年 月 日	出動番号	救急隊名	救急隊	隊長名	
時間経過	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"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> その他 ()					
発生	(住所) <input type="checkbox"/> 発生場所と同じ				(Tel)	
受付					(職業)	
現着	傷病者 フリガナ (氏名)	男	T S	年 月 日 (歳)	(同乗者)	
接触		女	H R			
收容		(キーパーソン) 関係	氏名		Tel	
現発	発生場所					
病着						
引揚	事故概要/ 現病歴					
帰署						
救急隊到着時の所見	初期評価	意識: <input type="checkbox"/> 拮 <input type="checkbox"/> 拮 气道: <input type="checkbox"/> 開通 <input type="checkbox"/> 閉塞 呼吸: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 遅い 循環: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> 遅い 脈拍触知部位: <input type="checkbox"/> 末梢動脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 皮膚性状: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 冷たい <input type="checkbox"/> 温かい <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 乾燥 活動性出血: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (量: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 出血部位:)			主訴等	<input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 脱力感 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 眩暈 (性) <input type="checkbox"/> その他 ()
	状態	状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 (左・右) <input type="checkbox"/> 腹臥位 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 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 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 痙攣: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (性状:) 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (嘔気: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 出血: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 外出血 (部位:) <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <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 創傷等: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:) <input type="checkbox"/> 創傷 () <input type="checkbox"/> 骨折 (開放性・非開放性) <input type="checkbox"/> 四肢変形 <input type="checkbox"/> 切断 熱傷: II度 % (部位:) III度 % (部位:) 出血量: <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 多 止血: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未				
外傷評価	頭部・顔面:	L & G	判断理由 ()		脳卒中が疑われる症状	
	頸部:		<input type="checkbox"/> 初期評価 <input type="checkbox"/> 全身観察 <input type="checkbox"/> 受傷機転: <input type="checkbox"/> 対象外			CPSS
	胸部:	現場情報	ヘルメット装着: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		脳卒中評価	
	腹部:		シートベルト装着: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			顔のゆがみ
	骨盤:		エアバック作動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	背面:		フロントガラス割れ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			上肢異常
	上・下肢:		その他:			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	麻痺:			構音障害		
				<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		
				トロンボテスト		
				<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 発症時分		
				時 分		
観察所見・経過等	場所・時刻 現場・車内 : () :					
	JCS	0	I -	II -	III -	
	GCS	点 (E V M)	E V M	E V M	E V M	
	呼吸	回: 正・異常 ()				
	SpO ₂	% (O ₂ ℓ: %)	ℓ %	ℓ %	ℓ %	
	脈拍	回 (整・不整) (強・弱)				
	血压	/ (左右差 無・有)				
	ECG					
観察結果	瞳孔	右 mm ()	左 mm ()			
	体温	℃ (熱感・冷感)		℃	℃	
病歴等	アレルギー:	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)				
	ADL:	<input type="checkbox"/> 完全自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 ()				
	服薬:	<input type="checkbox"/> 手帳あり				
	既往歴:	意識消失: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 最終食事時刻 (:) 発症前出来事				
医療機関名	初診時所見・傷病名			傷病程度	初診医師名	
				<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 重篤 <input type="checkbox"/> 死亡		



※死亡: 初診時死亡を確認、重篤: 生命の危険が切迫している、重症: 入院加療3週間以上、中等症: 入院加療1日以上、軽症: 入院加療の必要なし