

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 隊長氏名	
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 ()		
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		電話 ()	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 () MTSH 年 月 日 (歳)
収容医療機関名称所在地				初診時傷病名
				記入時刻
不救護理由拒否者署名				初診時程度 <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
死亡確認時医師署名	死亡確認医師署名 <input type="checkbox"/> 往診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 医師要請医師 死亡確認 確認時刻			
救急要請の概要				
現場到着・接触時の状況				
傷病者情報	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:	
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:			
救急隊現着時の所見	状態: <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位: 右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 () 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 () 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 () 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"/> 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 () 出血量: (少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位: 痙攣: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状: / 嘔吐: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 失禁: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 四肢変形: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位 <input type="checkbox"/> 熱傷: II度 %部位: III度 %部位 死亡徴候: <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑: 部位 <input type="checkbox"/> 他			
	初期 ECG		心停止の目撃	
	心停止の推定原因		目撃時刻	
	他の市民処置: <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 () 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ()			
病院選定・経過等		病院選定経過		
連絡開始時刻		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"/> 他 ()		
病院決定時刻				
転送経過	要請病院名:	要請	内容	
	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"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他			

救命処置等	除細動 実施場所 () <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : <input type="checkbox"/> 单相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形 1回目 (J :) 2回目 (J :) 3回目 (J :) 確認時刻 : 4回目 (J :) 5回目 (J :) 6回目 (J :) 結果 : 中止・未実施理由 :	気道確保 <input type="checkbox"/> 用手 () <input type="checkbox"/> 口咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コンビチューブ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 気管挿管 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm 初容量 ml 固定位置 cm 実施場所 () 実施時刻 : 換気 : <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 :	静脈路確保 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 () 実施時刻 : 血管確保、部位 G 中止・未実施理由 :	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名
	実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	実施者 : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	
<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由 :				
指示要請 その他医師からの 指導内容	指示・指導医氏名	要請時刻・内容 実施者		
	所属病院	指示・指導内容等		
観察・処置の経過	実施時刻			
	意識			
	呼吸			
	脈拍			
	ECG			
	血圧			
	瞳孔			
	SpO ₂			
	体温			
処置判断等				
その他適用 必要事項				

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 隊長氏名	
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	職業 () (歳)	
初診医 所見等	収容医療 機関名称 所在地	初診時傷病名		
	※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄	記入時刻		
		医師署名		
救急要請の概要				
現場到着・接触時の状況				
傷病者情報	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：		
主訴等	自覚症状等： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明：理由			
救急隊 現着時 の所見	状態： <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位：右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ()			
	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 ()			
	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 ()			
	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"/> 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 () 出血量：(少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位：			
	痙攣： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状： 失禁： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明	/ 嘔吐： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 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	/ 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位		
	<input type="checkbox"/> 熱傷：Ⅱ度 %部位：	Ⅲ度 %部位		
	死亡徴候： <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑：部位	<input type="checkbox"/> 他		
	初期 ECG	心停止の目撃	バイスタンダー 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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 目撃者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 他 ()	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 () 資格：() CPR <input type="checkbox"/> 頭指導： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> 他 () 処置内容： <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ()	
心停止の推定原因	目撃時刻： <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"/> 非心原性 () <input type="checkbox"/> 心原性 推定原因： <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"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ニトロ <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 既往歴				
他の市民処置： <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 () 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ()				
病院選定等	病院選定・経過等 連絡開始時刻 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"/> 他 () 病院決定時刻 病院選定経過： _____			

転送 経過	要請病院名： _____ 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"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他	要 内 容		
救 命 処 置 等	除細動 実施場所 () <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : <input type="checkbox"/> 単相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形 1回目 (J :) 2回目 (J :) 3回目 (J :) 確認時刻 : 4回目 (J :) 5回目 (J :) 6回目 (J :) 結果 : 中止・未実施理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	気道確保 <input type="checkbox"/> 用手 () <input type="checkbox"/> 口咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コルチチューブ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 気管挿管： <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm 初容量 ml 固定位置 cm 実施場所 () 実施時刻 : 換気： <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	静脈路確保 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 () 実施時刻 : 血管確保、部位 _____ G 中止・未実施理由 : _____ 実施者： <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名 _____	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由 : _____ 指示要請 その他医 師からの 指導内容 指示・指導医氏名 _____ 要請時刻・内容 : _____ 実施者 _____ 所属病院 _____ 指示・指導内容等 _____			
観 察 ・ 処 置 の 経 過	実施時刻 _____ 意識 _____ 呼吸 _____ 脈拍 _____ ECG _____ 血圧 _____ 瞳孔 _____ SpO ₂ _____ 体温 _____ 処 置 判 断 等		時間経過 覚知 : _____ 出場 : _____ 現着 : _____ 接触 : _____ 現発 : _____ 到着 : _____ 収容 : _____ 連携活動等 <input type="checkbox"/> 消防隊連携 <input type="checkbox"/> Dr CAR 連携 <input type="checkbox"/> Dr ヘリ連携 <input type="checkbox"/> ヘリ連携 <input type="checkbox"/> 救助水難活動	
検証医 所属： _____ 氏 名 _____	検証年月 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
観 察 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	判 断 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	処 置 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <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"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 <input type="checkbox"/> 推奨症例 <input type="checkbox"/> 稀・参考症例 <input type="checkbox"/> 要改善	
検証医所見				
救急技術 指導者所見	氏名 _____ 記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
救急救命士 確認欄				

救急活動記録票・検証票項目に関する補足説明

1) 引継日時	・病院収容し、医師に引き継いだ時刻を記載する。 (4枚目まで複写)	
2) 救急隊 隊長氏名 救急救命士氏名	・出場した救急隊の所属する本部名、及び救急隊名を記載する。 ・隊長氏名を記載する。 ・救急車に乗車している救急救命士氏名を記載する。隊長が救急救命士の場合はここにも記載する。 (4枚目まで複写)	
3) 出場番号	・年間通し番号 (4枚目まで複写)	
4) 傷病者番号	・一隊で2名以上を搬送した場合は、2-1、2-2と記載する。 (4枚目まで複写)	
5) 事故種別 (4枚目まで複写)	急病	疾病によるもので、救急業務として行ったもの。
	一般負傷	他に分類されない不慮の事故
	交通事	全ての交通機関相互の衝突、接触、単独、歩行者と交通機関の事故
	転院搬送	病院間の患者搬送
	加害	故意に他人によって傷害等を加えられた事故
	労災	各種工場、事業所、作業場、工事現場等において就業中に発生した事故
	火災	火災現場において直接火災に起因して生じた事故
	水難	水泳中（運動競技によるものを除く）の溺者又は、水中転落等による事故
	自然災	暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火、雪崩、地すべり、その他異常な自然現象に起因する災害による事故をいう。
	運動競技	運動競技の実施中に発生した事故で直接運動競技を実施している者、審判員及び関係者の事故（観覧中の者が直接運動競技用具等によって負傷したものは含み、競技場内の騒乱によるものは含まない。）
	自損	故意に自分自身に傷害等を加えた事故
	医師搬送	医師・看護師の搬送
資器材搬送	医療資器材の輸送	
その他	救急車不搬送件数のうち、救急事故に分類不能のものを含む。	

6) 出 場 先	<ul style="list-style-type: none"> ・活動記録票では要請を受け、出場した場所を記載するが、<u>検証には必要のない情報であり、個人情報にかかわる部分であることから、複写されない方法をとる。</u> (1枚目と3枚目が複写)
7) 発生場所	<ul style="list-style-type: none"> ・事故の発生場所、急病人の居る場所を記載する。(例：居室、台所、浴室、体育館、事務室、交差点、歩道、中庭、河川敷等) (4枚目まで複写)
8) 傷 病 者 住 所 名 氏 名	<ul style="list-style-type: none"> ・活動記録票では傷病者の住所・氏名を記載する部分(免許証、健康保険証、本人から若しくは関係者から聴取できた場合) ・<u>検証には必要のない情報であり、複写されない方法をとる。</u> (1枚目と3枚目が複写)
9) 性 別 年 齢 職 業	<ul style="list-style-type: none"> ・活動記録票では、傷病者の連絡電話番号、性別、生年月日、年齢、職業を記載する。(1枚目と3枚目が複写) ・検証票では、<u>性別、年齢、職業</u>が記載されていれば検証は可能である。その他の情報は<u>個人情報にかかわる部分であることから、複写されない方法をとる。</u>
10) 收容医療機関名 称 所 在 地	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病者を搬送した医療機関の名称、所在について記載する。 (4枚目まで複写)
11) 初診時傷病名	<ul style="list-style-type: none"> ・初診時の診断名及び記入した時刻を医師により記載してもらう。 (4枚目まで複写)
12) 医師署名	<ul style="list-style-type: none"> ・初診時診断名を記載した医師により署名してもらう。 (4枚目まで複写)
13) 初診時程度	<ul style="list-style-type: none"> ・初診時診断名を記載した医師により記載してもらう。(4枚目まで複写)
14) 初診医の所見等 及び拒否者署名・理由	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で、傷病者が搬送を辞退し不救護扱いとなった場合、本人若しくは家族等より辞退した理由を記載していただき署名をいただく。</u> ・<u>活動記録票(3枚目)のみ、他の様式と異なる部分で、救急現場において医師により死亡が確認され、不救護扱いとなった場合に、死亡確認をおこなった医師により署名してもらう。</u>
15) 救急要請の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・外因性の場合は、事故の形態、概要及び傷病者数について記載する。 ・内因性の場合は、現病歴、救急要請に至った主な理由及び病気の経過について記載する。 ・転院搬送の場合は、救急搬送となった理由、要請医療機関での傷病名を、資器材搬送の場合は、医療資器材の搬送先、品名、個数について記載する。

16) 現場到着時接触時の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病者接触時の状態を具体的に記載する。 ・その他に傷病者、救急隊への二次的災害、救急・救助に係わる活動障害、周囲・関係者の状況、市民による応急手当が行なわれていた場合その状況についても記載する。
17) 傷病者情報	<ul style="list-style-type: none"> ・既往歴、現病歴、入院歴、通院先病院名、事故の起因に係わらず、傷病者に関する事項について記載する。 (本人若しくは、家族からの聴取事項などについて)
18) 主訴等	<ul style="list-style-type: none"> ・本人からの訴えについて、記載する。 ・意識障害があり聴取できない場合は不明で理由を記載する。 ・家族からの確実な情報があれば、内容と情報源(情報提供者名、続柄等)を記載する。
19) 救急隊現着時の所見	<ul style="list-style-type: none"> ・傷病者に接触し外観観察した結果についてチェックする。 出血量については、生命に危険を及ぼす量の場合(多)、滲出的で少量の場合(少)、それ以外の場合(中)と記載する。
20) 初期 ECG 所見	<ul style="list-style-type: none"> ・ウツタイン様式に準ずる項目に関して、傷病者に接触した直後の ECG モニター所見について記載する。
21) 心停止の推定原因	<ul style="list-style-type: none"> ・ウツタイン様式に準ずる項目に関して、非心原性と心原性の有無について記載する。状況から心原性と推定した要件について、現病歴、既往歴について知り得た情報を記載する。
22) 心停止の目撃	<ul style="list-style-type: none"> ・現着時に家族等から聴取した発症直後の目撃情報により時刻、性状等を記載する。倒れるところを目撃し、その時刻が正確であれば「確定」にチェックをいれる。「推定」は倒れる以前の行動を目撃しており、倒れたところは目撃していない場合にチェックをいれる。「不明」はいつ倒れたか予測がつかない場合にチェックをいれる。(例：会社から帰宅したところ、台所で倒れていた。)
23) バイスタンダー CPR の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・市民処置のうち、心肺蘇生法に関する記述。家族、同僚、友人、通行人等実施していた人、内容について記載する。もし、資格等の保有者であればその内容について、資格欄に記載する。(医療従事者、上級救命講習受講者、日赤指導員) ・119番通報時口頭指導による、テレフォン CPR 等の情報があれば、誰により行われたかを記載する。 ・その他に行われた市民処置の状況、実施者についてチェックする。
24) 病院選定経過	<ul style="list-style-type: none"> ・自己隊で選定、本部に依頼など、選定者の種別を記載する。連絡開始時刻と決定時刻を記載する。
25) 転送経過	<ul style="list-style-type: none"> ・一時、病院収容したが、傷病者の状態、病院の状況から他の病院へ直ちに搬送する必要が生じた場合に記載する。 ・要請医師、要請病院、要請理由、医師同乗管理、看護師同乗について記載する。

26) 除細動	<ul style="list-style-type: none"> 除細動を実施した場合に記載する。適応波形の種類と確認時刻、積載している除細動器の種別を記載する。 除細動施行6回までの実施状況についてジュール数を記載し、実施できなかった場合は状況を具体的に記載する。 救命処置の項目に関しては、ドクターヘリ、ドクターカー等と連携した場合を考慮して、実施者の欄に「医師」の項目を設けた。 実施したものは医師、救急救命士を問わず氏名を記載する。
27) 気道確保	<ul style="list-style-type: none"> 気道確保を実施した場合に記載する。「用手」による気道確保を実施した場合チェックをして、その方法について記載する。 気道確保に用いた器具の種別について記載する。 換気方法及び酸素流量、回数について記載する。 何らかの状況により気道確保器具を変更、又は回復により中止した場合はその状況を記載する。 資格に応じた処置について実施した者は氏名を記載する。
28) 静脈路確保	<ul style="list-style-type: none"> 静脈路確保を実施した場合に記載する。 実施場所、時刻、実施者、穿刺した血管部位、使用した留置針の太さについて記載し、実施できない場合、中止した場合は理由を記載する。 実施したものは医師、救急救命士を問わず氏名を記載する。
29) 医師との連携医療処置記入欄	<ul style="list-style-type: none"> 医師と連携し、医師の行った除細動、気道確保、静脈路確保、以外の医療処置について記載する。(例、緊急薬剤の使用、輸液、外科的処置等) 医師が直接記入することが望ましい。
30) 指示要請その他医師からの指導内容	<ul style="list-style-type: none"> 指示要請の際、医師から指示された特定行為の内容、その他に搬送中の傷病者管理に必要な指導事項について記載する。 指示要請を行った救急救命士の氏名、要請内容を記載する。 指示を行った指導医の所属病院、氏名について記載する。
31) 観察処置の経過	<ul style="list-style-type: none"> <u>適宜、縦線を入れて自由に区分けし、傷病者のバイタルサインの変化について、実施した処置とその判断、時間について記載する。</u> 時間経過の説明 覚知：消防機関が救急事故を確認した時刻 (※ウツタイン様式を導入している地区では、入電時間を別途記録することも考えられる。) 出場：119番通報の内容が消防署所等に指令され、待機している所から動きだした時刻 現着：出場指令番地の建物、及びその周辺に到着した時刻 接触：観察開始時刻を意味する。傷病者に接触した時刻 現発：傷病者を救急車に収容し、救急現場から出発した時刻 病着：病院に到着した時刻 収容：傷病者を医師に引き継いだ時刻

32) 検証医師記入欄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検証を実施した医師の氏名、所属病院、検証年月日を記載する。 ・ 観察、判断、処置、医療機関選定の4項目において検証を実施する。 ・ 各項目の説明 <ul style="list-style-type: none"> 「標準」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 適切であった ・ 活動基準どおり ・ 特記事項なし 「署等で確認」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 活動基準どおりか要確認 ・ 事例研究に取り上げるまでは至らないが、円滑な救急活動を目標に本部または署で症例を確認する。 「事例研究等を考慮」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 推奨事例、稀・参考症例など、今後の救急活動に活用できる症例で、各隊に周知する必要のあるもの。 「要改善」 <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急活動にかかわる検討事項が見られた場合。
33) 検証医所見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急活動全般に対しての検証医からの指示事項について記載する。
34) 救急技術指導者所見	<ul style="list-style-type: none"> ・ 消防機関における救急業務の監督者及び指導者的立場にあるもので、医療機関と救急隊の連絡をとりまとめ、救急業務管理的立場からの検証及び医学的観点からの検証結果に基づく改善・指導を行なう。 ・ 検証医に対して、救急隊から検証を依頼する場合や、検証医や初診医に対して救急隊の活動を基準等に照らし説明する場合など、その内容について記載する。
35) 救命士確認欄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検証を受けた内容について、確認し署名する。
36) 救急隊員氏名	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急隊員氏名を任務別に記載する。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定行為実施時、及び必要に応じて心電図波形、SpO₂モニター結果を添付する。

各様式の使用方法

※1 4枚綴りの複写式になっているが、部分的に複写されない箇所もある。

※2 救急活動記録票と検証票は全て同一の項目ではないことに、ご留意願いたい。

※3 初診医の所見、意向が検証対象症例の選別や検証作業の過程に反映されるような様式とその運用が望ましい。

1枚目 搬送確認書（医療機関控え）

- ・ 主として医療機関が救急隊によって搬送された傷病者を受け入れたことを記録し、搬送直後の傷病者情報を医師に引き継ぐための書式である。
- ・ 4枚綴りの状態で、必要事項を記入後、初診医師に提出し、傷病名（疑いなども含む）、傷病程度を記入してもらう。
- ・ 初診医から救急活動に対する意見等を事後検証に反映させる。

2枚目 搬送確認書（救急隊控え）

- ・ 救急隊が医療機関に傷病者を搬送したことを記録する様式である。

- ・ 傷病者の医療機関への収容時、連絡要否の判断（検証対象症例との判断）が下されれば、1枚目（医療機関控え）のみを医療機関へ提出する。
- ・ その場で診断名が記載できず、連絡要否の判断が下されない場合、1枚目（医療機関控え）2枚目の（救急隊控え）を医療機関に提出し救急隊は帰署、後日2枚目の（救急隊控え）を回収に向き、その際に初診医からの意見等が記入されていた場合、検証の要否を確認できる。検証の必要があると判断した場合検証票に添付し、事後検証で活用する。

3枚目 救急活動記録票

- ・ 帰署後、必要事項を記入し、救急活動記録票として署所で保管する。

4枚目 検証票

- ・ 原則として心肺機能停止症例を検証対象としている場合は、心肺機能停止症例全例の検証票が検証医に提出されることとなる。
- ・ それ以外の症例を検証する場合、いずれかの段階で（医療機関への収容直後、搬送確認書（救急隊控え）、検証票の回収時、など）「要連絡」欄がチェックされ、初診医からの意見が書かれていた場合は消防機関における救急技術指導者は、初診医、検討医と連絡を取り、医師の意見を踏まえつつ、検証対象として扱う。
- ・ 検証医は右頁太枠中の項目（観察、判断、処置、医療機関選定、その他所見）についてそれぞれ記載する。



医政指発第0323049号
平成16年3月23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

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施のための
講習及び実習要領について

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施については、平成16年3月23日厚生労働省告示第121号による「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具」(平成4年厚生省告示第18号)の改正により、平成16年7月1日より実施が可能となったところである。

これに伴い、標記については、「救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について」(平成16年3月23日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、今般、別紙のとおり「気管挿管による気道確保の実施のための講習及び実習要領」をとりまとめたので、参考とされたい。

気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領について

1 講習について

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。）又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」という。）と十分協議すること。

なお、本講習修了後に2の実習が円滑に実施できるよう、各都道府県関係部局は連携して講習の受講者数等も含めて、講習の実施について、都道府県MC協議会又は地域MC協議会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（救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令（平成16年文部科学省・厚生労働省令第1号。以下「改正省令」という。）の施行日（平成16年4月1日）後に実施される救急救命士の試験の合格者（以下「新試験合格者」という。）を除く。）

(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62時限（1時限は50分）以上のものであること

(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人以上50人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らない数の普通教室を有し、適切な広さの実習室を有すること。

(6) 備品について

講習を実施する上で必要な機械器具、図書等を有していること。

(7) 講習修了証明書の発行について

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