

除細動器の自動解析で心室細動/無脈性心室頻拍を確認し、頸動脈で拍動が触れないことを確認した場合、必要に応じて連続 3 回まで通電してもよい。除細動後、再度頸動脈で拍動を確認し速やかに搬送する。

7. 薬剤投与前に傷病者が心静止/無脈性電気活動であった場合、薬剤投与後に搬送準備に入る。
8. 傷病者家族に急変した時の様子や既往歴など心停止となりうる背景についての情報収集を行う。また、外見や体表面の迅速全身観察により心停止の原因となりうる身体所見の有無を観察する。
9. 救急車内においては数分おきに除細動器モニターの波形および頸動脈で拍動を確認する。効果がない場合は薬剤投与前回投与後から 5 分毎に病院到着まで繰り返してもよい。
 - i 心室細動/無脈性心室頻拍では薬剤投与 30-60 秒後に自動解析を行いながら頸動脈で拍動を確認する。心室細動/無脈性心室頻拍が続く場合には必要に応じて除細動を行う。
 - ii 心静止/無脈性電気活動においては薬剤投与 1 分後に心電図の評価と頸動脈で拍動の確認を行う。

【注6】 薬剤を再投与する場合はその都度医師の具体的指示を受ける。

【注7】 薬剤投与直前に頸動脈で拍動が触知しないことを確認する。

10. 心電図変化が認められた場合には直ちに頸動脈で拍動の確認を行い、心拍再開が確認されたらバイタルのチェックを行う。心電図が変化しても心拍再開がない場合はそれぞれのプロトコールへ進む。特に、心室細動/無脈性心室頻拍の初回出現時は最優先で除細動プロトコールを実施する。

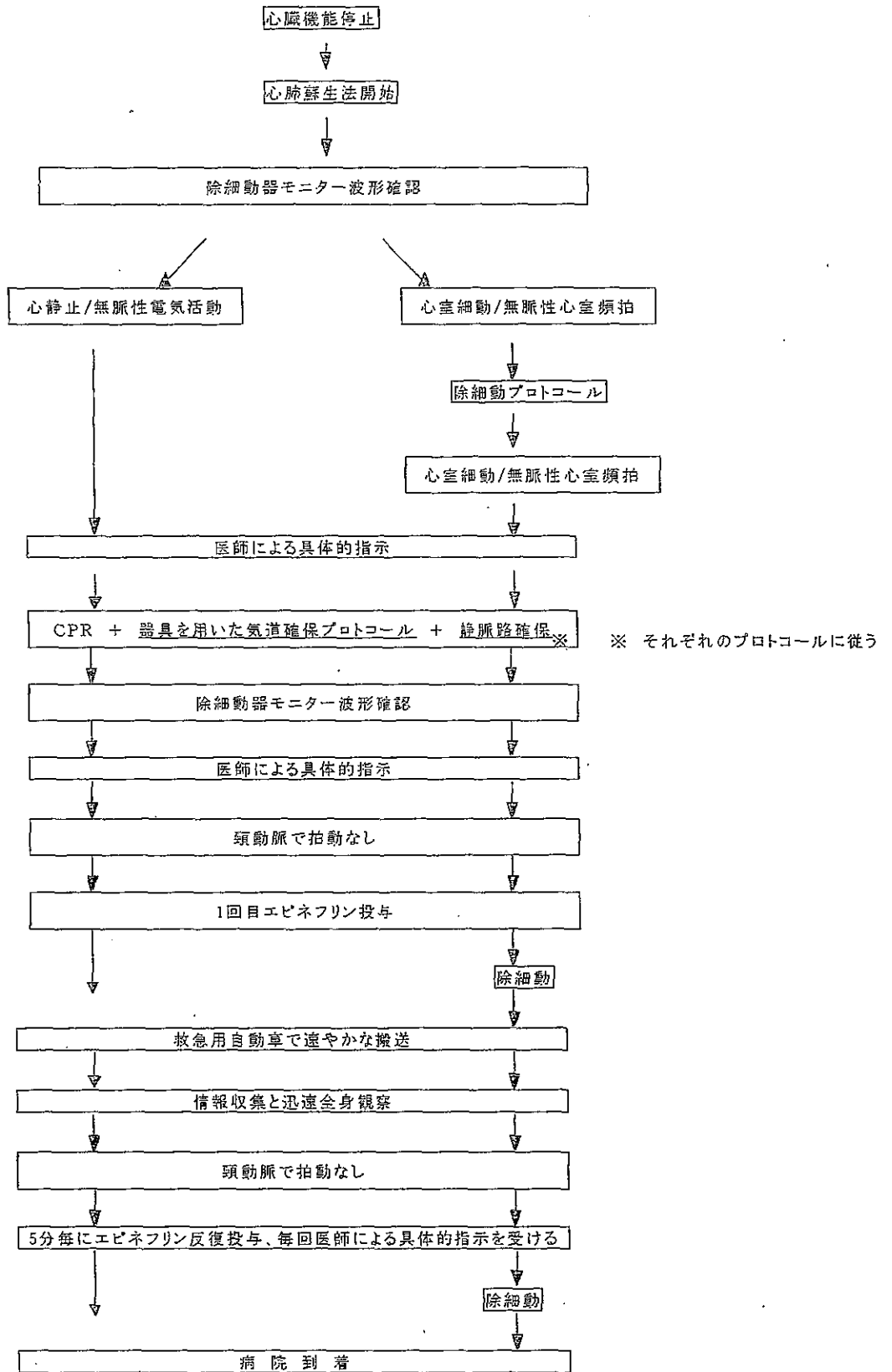


図 心臓機能停止における業務プロトコールの一例

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分	救急隊 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 ()	
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 () M T S H 年 月 日 (歳)	
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 :	
	医師署名		
	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		
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: 通院医療機関:			
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"/> 咯血 <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		
	<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 ()		

※ 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。

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	薬剤投与	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名
	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	<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 カ容量 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	<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	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 () 実施時刻 : 投与経路 <input type="checkbox"/> 経静脈路 <input type="checkbox"/> その他 投与量 () mg 投与回数 () 回 中止・未実施理由 : 実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 認 定救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	

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	

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		救急救命士氏名	
		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
					記入時刻 :
	※ <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. 薬剤投与 5. その他 意見欄 _____				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：軽易で入院を要しないもの

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	救急救命士氏名	
出場先	市郡 町 丁目 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 ()	
傷病者住所氏名等	市郡 町 丁目 番 号	発生場所	電話 () 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 () M T S H 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 : 医師署名
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:	通院医療機関:
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:		
救急隊到着時の所見	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	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 () 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"/> 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"/> AED <input type="checkbox"/> 他 ()
	心停止の推定原因		
<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"/> A-スーマー <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: _____ : _____		

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	救急救命士氏名			
		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. 薬剤投与 5. その他 意見欄	記入時刻 : 医師署名			
		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			
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： 通院医療機関：					
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 到着時 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		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口頭指導： <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"/> AED <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"/> ニコ <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：_____			

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) ・<u>検証票では、性別、年齢、職業が記載されていれば検証は可能である。その他の情報は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) 薬剤投与	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤投与を実施した場合に記載する。 実施場所、時刻、実施者、投与経路、投与量、投与回数について記載し、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。
30) 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。
31) 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。
32) 観察処置の経過	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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