

(参考)

【改正後全文】

消防救第 58号

医政指発第 0323071号

平成16年3月23日

消防救第 217号

医政指発第 0801第3号

平成23年8月1日

最終改正 消防救第 74号

医政地発第 0604第1号

平成27年6月4日

各都道府県消防主管部（局）長 殿
衛生主管部（局）長 殿

消防庁救急企画室長

厚生労働省医政局地域医療計画課長

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

本年3月23日付けの「救急救命士法施行規則第21条第2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）」の一部改正等により、平成16年7月1日から、救急救命士の行う救急救命処置として医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めることとなったところ、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、「メディカルコントロール体制の充実強化について（平成15年3月26日消防救第73号・医政指発第0326002号消防庁救急救助課長・厚生労働省医政局指導課長連名通知）」等でも周知していたところ、気管

内チューブによる気道確保の実施については、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。

記

1 医師からの具体的指示・指導体制の充実

救急救命士が気管内チューブによる気道確保等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、常時医師からの具体的指示・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

気管内チューブによる気道確保のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、「気管挿管の業務プロトコール」（別添１）及び平成２２年度救急業務高度化推進検討会報告書にある「ビデオ喉頭鏡^{*1}による気管挿管プロトコール」（別添２）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会で作成すること。

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指示に基づき、気管内チューブによる気道確保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。

* 1 平成２２年度救急業務高度化推進検討会報告書における「ビデオ喉頭鏡」はビデオ硬性挿管用喉頭鏡を指す。

3 所要の知識の習得

- (1) 医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、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を修了し、都道府県MC協議会より医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証の交付を受けている必要があること。また、第２６回救急救命士国家試験以降の合格者は気管内チューブによる気道確保の実施のための講習の受講は不要であるが、実習を修了し、都道府県MC協議会より医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証の交付を受けている必要があること。

(2) 医師の具体的指示下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保を実施する救急救命士は、(1)の認定証の交付並びに「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(平成16年3月23日医政指発第0323049号厚生労働省医政局指導課長通知)」第1の2に定める講習及び同通知第2の2に定める実習の修了により、医師の具体的指示下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証の交付を受けている必要があること。ただし、第39回救急救命士国家試験以降の試験合格者については、医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証の交付を受けたのち、同通知第1の2に定める講習は不要であるが、実習を修了し、都道府県MC協議会より医師の具体的指示下でのビデオ硬性挿管用喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施に係る認定証の交付を受けている必要があること。

4 事後検証体制の確立等

医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、事後検証を行う際には、気管内チューブによる気道確保を実施した際の観察結果、固定状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、「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(平成26年1月31日消防救第13号・医政指発0131第3号消防庁救急企画室長・厚生労働省医政局指導課長連名通知)」にある事後検証票(別添3)を参考にし、必要に応じて地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うよう努めること。

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 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 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. ブドウ糖投与 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 | 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 | |
| | 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() |
| 市民による他の処置等 | 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) |
| 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: 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <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。)

| 除細動 | | 気道確保 | | 静脈路確保 | | 薬剤投与(アドレナリン/エピペン/ブドウ糖) | | 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"/> 経ロエアウェイ <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"/> シヨック <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"/> エピペン <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"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 現場要請医師) 医師名 _____ 医師の処置内容等: | | | |
| | 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 %/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 | 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. ブドウ糖投与 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 |

救急活動記録票

| | | | |
|--|--|---|---|
| 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 () |
| 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 () | |
| 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 | 医師署名 | |
| | 傷病者署名 _____ (間柄) | 初診時程度別 | |
| 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 _____ | <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"/> 有り: <input type="checkbox"/> 循環血流量減少性 <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 | | |
| | 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"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り | | | |
| <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Af | | | |
| 目撃: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 | | | |
| 実施者: <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 実施者の資格 () | | | |
| 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"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| <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"/> 非心原性 () | | | |
| <input type="checkbox"/> 性状: <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 推定理由: <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 | | | |
| CPR <input type="checkbox"/> 頭指導: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り | | | |
| <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 既往歴 | | | |
| 口頭指導者: <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| <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: _____ | 現病名: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名: _____ | |
| 医療機関選定経過 | 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 | |
| | 除細動 | 気道確保 | 静脈路確保 | |
| 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 [®] 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"/> フ糖 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 | 薬剤投与(アドレナリン/エピペン/ブドウ糖) <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 |
| | 特記(未試行理由等)： | 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： |
| MC 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 | |
| 出場番号 | 傷病者番号 | 事故種別 | 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() | |
| | | | 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. ブドウ糖投与 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() | | | | |
| 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"/> 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() | |
| 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 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 <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() | |
| 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: | | 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 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 病院救命士 <input type="checkbox"/> その他 | |

| | | | | | |
|-------|--|---|--|--|---|
| 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: | <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 [®] 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"/> フラ糖 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 | 処置等の特記事項 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: |
| | 特記(未試行理由等): | 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 | 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 | | |
| | 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 | 0 ₂ %/分 回/分 特記: | | | |
| | | | | | |

| | |
|----------|--|
| 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 () |

| | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|--------|--|
| 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 | | | | | | |

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 | ・医療機関に收容し、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、救急隊名及び救急隊員数を記載する。 ・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 | ・年間通し番号を記載する。(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 |
| | | 交通事故 | 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 |
| | | 自然災害 | 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 |
| | | 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 | | |
| その他 | 医師・看護師の搬送の場合は、「他」を選択し、()内に「医師搬送」と記載する。医療資器材の輸送の場合は「資器材搬送」と記載する。救急車不搬送件数のうち、救急事故に分類不能のものも「他」を選択する。 | | |
| 6 | 出場先 | ・活動記録票では、要請を受け出場した場所を記載するが、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、搬送確認書(救急隊控え)と検証票(2,4枚目)には複写されない方法をとる。(1,3枚目が複写) | |
| 7 | 発生場所 | ・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 氏名等 | ・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) ・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、搬送確認書(救急隊控え)と検証票(2,4枚目)には複写されない方法をとる。(1,3枚目が複写) | |
| 9 | 性別,年齢,職業 | ・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。 | |
| 10 | 收容医療機関 名称所在地 | ・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 | ・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 | ・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 | ・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 | 不搬送状況等 | ・活動記録票(3枚目)のみに記載される項目である。 ・傷病者が搬送を辞退し不搬送扱いとなった場合、本人若しくは家族等より辞退した理由を記載と、署名(問柄の記載も含む)をいただく。 | |
| 15 | 死亡確認状況等 | ・活動記録票(3枚目)のみに記載される項目である。 ・救急現場において医師により死亡が確認され、不搬送扱いとなった場合に、死亡確認をおこなった医師により死亡確認の時刻と署名をもらう。 | |
| 16 | 救急要請概要 | ・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。 | |

| | | |
|----|--------------|--|
| 17 | 現着時、接触時状況 | <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。 |
| 18 | 既往症 | <ul style="list-style-type: none"> ・既往歴、現病歴、入院歴、通院先病院名など、事故の起因に係わらず、傷病者に関する本人若しくは家族からの聴取事項などについて記載する。 |
| 19 | 自覚症状、主訴等 | <ul style="list-style-type: none"> ・本人からの自覚症状、訴え等について記載する。 ・意識障害があり聴取できない場合は、その理由を記載する。 ・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。 |
| 20 | 救急隊現着時・接触時状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・傷病者に接触し観察した結果についてチェックする。 ・痛みスコアについては、次を参考とする。 <ol style="list-style-type: none"> 1 原則、成人に用いる。明確な回答を得られない場合は不明とする。 2 痛みがない状態を0として、今までにない最悪の痛みを10とした場合の痛みの程度を表現した値とする。 3 深在性疼痛とは「体腔や臓器に由来する生命または四肢を失う恐れのある疾患に関連している可能性がある疼痛」をいう。 4 浅在性疼痛とは「危険な疾患との区別がしやすい、皮膚、軟部組織。筋骨格や体表臓器由来の疼痛」をいう。 5 急性疼痛とは「新たに出現した疼痛であり、慢性疼痛よりも危険な状態であると診断される可能性が高い疼痛」をいう。 6 慢性疼痛とは「同じパターンの症状を示す、周知の持続性もしくは反復性の疼痛症候群」をいう。 |
| 21 | 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。 |
| 22 | 心停止の推定原因 | <ul style="list-style-type: none"> ・心停止の推定原因を非心原性と心原性から選択し、非心原性であれば、原因の細分類をウツタイン様式に基づき記載する。推定した根拠について、現病歴、既往歴について知り得た情報からチェックまたは記載する。 |
| 23 | 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、または、その音を聞いた場合で、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。) |

| | | |
|----|-----------------|---|
| 24 | バイスタンダー CPR の状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・市民によって実施された処置のうち、心肺蘇生に関する情報を記載する。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番通報時の口頭指導の情報があれば、誰により行われたか等を記載する。 ・複数回の除細動が有りの場合、1回目の除細動が実施された時刻(推定含む)を記載する。 |
| 25 | 市民による他の処置 | <ul style="list-style-type: none"> ・上記以外の、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。 |
| 26 | 病院選定経過 | <ul style="list-style-type: none"> ・活動記録票と検証票(3,4枚目)のみに記載される項目である。 ・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、決定時刻、受入決定までに要した照会回数を記載する。照会した医療機関名とその結果など(時刻、応答した者の氏名など)を記載する。 |
| 27 | 転送経過 | <ul style="list-style-type: none"> ・活動記録票と検証票(3,4枚目)のみに記載される項目である。 ・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。 ・要請医療機関名、要請医師名を記載する。 ・病院選定を実施した者、同乗し傷病者を管理した者を選択する。 |
| 28 | 要請内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・転送のための要請理由について記載する。 |
| 29 | 除細動 | <ul style="list-style-type: none"> ・除細動を実施した場合に記載する。積載している除細動器の種別(二相性/単相性の別)、除細動の適応波形の種類と実施時刻を記載する。 ・除細動施行5回までの実施状況について記載する。 ・実施できなかった場合は状況を具体的に記載する。 ・実施した者(複数回実施した場合は、最も中心となり実施した者)を記載し、その者の資格の状況を選択する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。 |
| 30 | 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。 ・経口エアウェイ、経鼻エアウェイを使用した場合はチェックする。 ・器具を用いた気道確保を試みた場合は、その種別をチェックし、確保(成功)した場合は、「確保」にチェックし、確保出来なかった場合は、「確保ダメ」にチェックする。 ・LM(ラリングアルマスク)、食道閉鎖式エアウェイを使用した場合はチェックして、それぞれのデバイス名の詳細について記載する。 ・気管挿管を実施した場合は、使用した喉頭鏡の種別をチェックする。サイズ、カフ容量、固定位置についても記載する。 ・器具を用いた気道確保を実施した者の氏名、資格を記載する。 ・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や確保出来なかった理由など特記事項があればその状況を記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。 |
| 31 | 静脈路確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・静脈路確保を試みた場合に記載する。確保(成功)した場合は、「確保」にチェックし、確保出来なかった場合は、「確保ダメ」にチェックする。 ・静脈路確保の目的についてチェックする。 ・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する。 ・輸液の速度や、病着までに投与した輸液量を記載する。 ・実施できない場合、中止した場合や確保出来なかった理由などを記載する。 ・実施した者の氏名、資格を記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。 |

| | | |
|----|---------------------|---|
| 32 | 血糖測定 | <ul style="list-style-type: none"> ・血糖測定を試みた場合に記載する。測定（成功）した場合は、「測定」にチェックし、測定出来なかった場合は、「測定できず」にチェックする。 ・測定値、実施場所、測定時刻、穿刺（採血）部位、穿刺回数について記載する。 ・血糖測定の理由、目的を記載する。 ・実施した者の氏名を記載する。 ・血糖測定を試みた傷病者が病着後に病院で測定した血糖値がわかれば記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。 |
| 33 | 薬剤投与 | <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤投与を試みた場合に記載する。投与が完全にできた場合は、「投与完遂」にチェックし、途中で中断した場合は「一部投与」をチェックする。薬剤が全く体内に入らなかった場合は、「投与できず」にチェックする。 ・薬剤の種別を、アドレリン/エピネフリン/ブドウ糖の中から選択する。 ・実施場所、時刻、総投与量、投与回数について記載する。 ・投与できない場合、中止した場合は理由などを記載する。 ・医師が実施した場合は、この欄には記載せずに「その他の記録(医師等の処置等)」に記載する。 |
| 34 | その他の記録 (医師等の処置等) | <ul style="list-style-type: none"> ・ドクターヘリ、ドクターカー等と連携した場合等を考慮して、医師等の処置の状況を記載する欄を設けた。 ・医師の救急車への同乗の有無、処置の有無、医師の種別をチェックし、医師名を記録する。 ・医師等が実施した処置について記載する。(例、緊急薬剤使用、外科的処置等) ・医師が直接記入することが望ましい。 |
| 35 | 処置等の特記事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・他の救急隊や先着消防隊が実施した処置や、その他について特記すべきことがあれば記載する。 |
| 36 | MC 指示要請 | <ul style="list-style-type: none"> ・指示要請の有無と指示要請した電話等への応答の状況を記載する。指示要請を行うも医師に連絡が取れなかった場合は、その理由も記載する。 ・医師に連絡が取れるまでの電話等の発信回数を記載する。医師と直接会話ができるまでに要した時間を記載する。 ・指示要請を行った救急救命士の氏名、MC 医師名、MC 医師の所属機関を要請を記載する。 ・指示要請の際、医師から指示された特定行為等の内容、その他に搬送中の傷病者管理に必要な指導事項、その時刻等について記載する。 ・これらの項目は、地域の MC 体制の検証のためにも重要な事項である。 |
| 37 | 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。 ・処置を実施した際には、その効果の検証のためにも、処置前、処置後、病着時の意識レベルも含めたバイタルサイン等の記載を確実に、正確に行う。 ・時間経過の説明 <ul style="list-style-type: none"> 覚知：消防機関が救急事故を確認した時刻 （※ウツラ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 |

| | | |
|----|-----------|--|
| 38 | 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 「標準」 ・ 適切であった ・ 活動基準どおり ・ 特記事項なし 「署等で確認」 ・ 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」 ・ 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」 ・ 救急活動にかかわる検討事項が見られた場合。 |
| 39 | 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。 |
| 40 | 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。 |
| 41 | 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。 |
| 42 | 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、初診医師に渡し、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）の回収に向き、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は、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

- ・ 検証票の「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。
- ・ 検証票の「要連絡」欄がチェックされていない場合でも、心肺停止症例、エピペン使用症例、血糖測定症例、特定行為使用症例、搬送先の選定に一定以上の時間等を要した例などは、基本的に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。
- ・ 個々の救急隊、救急救命士の救急活動や救急救命処置の検証のみならず、地域や都道府県における処置の効果の検証、オンラインMC体制の検証、救急搬送受入れの検証等のために、本検証票を活用する。