

病院内での気管挿管実習に関する説明と承諾書

様

実施予定日：平成____年____月____日

平成 16 年 7 月より気管挿管でなければ気道確保が困難な心肺機能停止となっている患者さんに対して、救急救命士が気管挿管の実施が可能となりました。

しかしながら、救急の現場で救急救命処置の一つである気管挿管を実施することは多くの経験と正しい知識が必要とされます。そこで今回は患者さんに病院の医師の指導のもとに病院に実習に来ている実習生に気管挿管の手技をさせていただきたく存じます。

もちろん上記の行為は治療の一環として医師の立ち会いのもと安全性を十分確保・指導して実施いたします。

詳細は以下の文をお読みになり気管挿管の実習にご協力をお願いいたします。

実習生は救急救命士資格取得者です。

実習生が行う内容は以下のものです。

- 1 麻酔導入時マスクによる自発呼吸下酸素吸入
- 2 導入後のマスクによる人工呼吸から喉頭展開
- 3 気管挿管、管の固定、人工呼吸の再開

上記のいずれの項目に関しても麻酔医・その他の実習を指導する医師が立ち会い、責任をもって患者さんの安全を確保します。上記以外のすべての処置は、担当医師が行います。

実習に伴う合併症として、〇〇〇〇などが考えられます。万が一これらの発生時には迅速に対処いたします。しかし、これらの発生頻度は専門医師が行った場合と同頻度と推測されております。

またたとえ実習をお断りされても患者様の治療等にいかなる不利益を生じませんことを申し添えます。ご協力を重ねて御願いたします。

平成____年____月____日

説明医師 _____

実習生 _____

所属 _____

立会人 _____

病院 病院長殿

私は、担当医師から実習生が実習を行うことについて上記のように説明を受けました。医師の確実な指導のもとに救急救命士が実習を行うことについて承諾いたします。

平成____年____月____日

患者氏名 _____

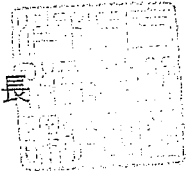
保護者氏名 _____ (患者さんとの続柄) _____



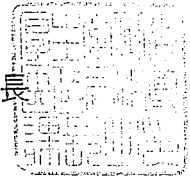
消防救第70号
医政指発第0310003号
平成17年3月10日

各都道府県 { 消防主管部(局)長
 衛生主管部(局)長 } 殿

消防庁救急救助課長



厚生労働省医政局指導課長



救急救命士の薬剤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

「救急救命士法施行規則の一部を改正する省令」(平成17年3月10日厚生労働省令第26号)等が公布され、平成18年4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薬剤投与の実施を認めることとなったが、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、「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(平成16年3月23日消防庁救急救助課長、厚生労働省医政局指導課長通知)」等でも周知しているところであるが、薬剤投与の実施については、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

救急救命士が薬剤投与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、常時継続して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

薬剤投与のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、平成16年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「薬剤投与の適応と業務プロトコール」（別添1）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会（以下、「地域MC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、薬剤投与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。

3 所定の知識の習得

医師の具体的指示下での薬剤投与を実施する際、平成18年3月31日以前の救急救命士の国家試験に合格した者は、「救急救命士の薬剤投与の実施のための講習及び実習要領について」（平成17年3月10日医政指発第0310002号厚生労働省医政局指導課長通知）に定める講習及び実習（以下、「追加講習及び実習」という。）を修了する必要があること。

なお、平成18年4月1日以降の救急救命士の国家試験に合格した者は、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17年文部科学省・厚生労働省令第1号）による改正後の救急救命士学校養成所指定規則に基づく教育内容を修得していることから追加講習及び実習を修了する必要はないこと。

4 事後検証体制の確立等

医師の具体的指示下での薬剤投与については、地域MC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、薬剤投与を実施した際の観察結果、投与状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、事後検証票（別添2）を参考にし、必要に応じて地域MC協議会で見直し等を行うよう努めること。

薬剤投与の適応と業務プロトコール

【対象者】

心臓機能停止の傷病者

【適応】

8歳以上の心臓機能停止傷病者のうち、以下のいずれかに該当するもの

- ① 心電計モニター波形で心室細動/無脈性心室頻拍を呈する例(目撃者の有無は問わない)
- ② 心電計モニター波形で無脈性電気活動を呈する例(目撃者の有無は問わない)
- ③ 心電計モニター波形で心静止を呈し、且つ目撃者のある例

【薬剤投与の業務プロトコール】

1. 傷病者を観察し、心臓機能停止及び薬剤投与の適応について確認する。
2. 薬剤投与を実施する場合、その都度直接医師の具体的指示を受ける。

【注1】 薬剤を再投与する場合、毎回使用前に直接医師の具体的指示を要請する。

【注2】 薬剤投与を行う場合、指示を出す医師と継続的に会話ができる状態を保持する。

【注3】 薬剤投与を行った事例は地域メディカルコントロール協議会において事後検証を受けるものとする。

3. 感染に対するスタンダードプレコーション及び針刺し事故対策に努める。
4. 静脈路の確保方法は、特定行為としての静脈路確保方法に準ずる。
5. 静脈路確保に要する時間は1回90秒以内として、試行は原則1回とし、3回以上を禁ずる。

【注4】 静脈路確保に失敗した場合、それより末梢側での静脈路再確保を禁ずる。

6. 薬剤はエピネフリンに限定する。
7. エピネフリンは1mg/1mlに調整したプレフィルドシリンジのものとし、エピネフリンの投与量は年齢、体重にかかわらず1回1mgとする。

【注5】 エピネフリンの投与量は、本剤の添付文書で「蘇生などの緊急時には、エピネフリンとして、通常成人1回0.25mgを越えない量」とあるが、最近の医学的知見を踏まえ、現行では1回1mgとする。

8. 薬剤投与経路は経静脈とする。

【注6】 エピネフリンの気管投与については、有効性に関するエビデンスが存在しないこと及びプロトコール化に関する安全性の確保が困難であることより、投与経路は経静脈に限る。

9. エピネフリンを投与する直前に、再度頸動脈で拍動が触れないことを確認する。
10. 薬剤を静脈注射した際は、その都度乳酸リンゲル液 20ml程度を一時全開で滴下もしくは後押しで投与するなどし、さらに薬剤を投与した肢を10~20秒挙上する。
11. 薬剤を投与した際は、毎回静脈路を確保した血管を入念に観察し、薬液の漏れを意味する

腫脹などがないかどうかを確認する。

【注7】 薬剤を静脈注射した後、薬剤の漏れがあった場合は、静脈路の再確保を禁ずる。

【エピネフリンによる合併症】

1. 自己心拍再開後の血圧上昇と心拍数増加が心筋酸素需要量増大を招き、心筋虚血、狭心症、急性心筋梗塞を引き起こす可能性がある。
2. 自己心拍再開後に、陽性変時作用による頻脈性不整脈を引き起こす可能性がある。
3. 大量投与は蘇生後神経学的予後を改善せず、蘇生後心筋障害を引き起こす可能性がある。静脈路確保が不確実な場合、薬液が血管外に漏れると局所の壊死を引き起こす可能性がある。

【心臓機能停止における業務プロトコール】

本プロトコールは心臓機能停止に対する薬剤投与を含む総合的な処置の流れである。心室細動/無脈性心室頻拍と心静止/無脈性電気活動に対する処置手順の一例を示す(図)。

1. 心臓機能停止を確認した場合、速やかに心肺蘇生法を開始し、自動体外式除細動器の装着準備を行う。全ての心臓機能停止の傷病者が心室細動/無脈性心室頻拍の可能性のあるものとして初期対応に努める。
2. 心室細動/無脈性心室頻拍を確認した場合、包括的指示による除細動プロトコールを実施する。
包括的指示による除細動プロトコールを実施後、頸動脈で拍動が無いことを確認した場合、器具を用いた気道確保又は薬剤投与について医師の具体的指示を要請する。
3. 心静止/無脈性電気活動を確認した場合、器具を用いた気道確保又は薬剤投与の実施について医師の具体的指示を要請する。
4. 器具を用いた気道確保の実施については、医師の具体的指示により気道確保のための器具(ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイ、気管内チューブ)を選択する。

【注1】 気管挿管については、必要な講習及び実習を修了した救急救命士が、地域メディカルコントロール協議会の定める気管挿管プロトコールに従って実施する。

【注2】 気道確保のための器具を挿入した後、換気と酸素の投与が確実に実施されていることを確認する。

【注3】 器具を用いた気道確保に時間がかかる場合や効果が不十分な場合はバッグ・バルブ・マスクによる換気を継続する。

5. 薬剤投与の実施については、医師の具体的指示により静脈路確保及び薬剤投与を実施する。

【注4】 薬剤投与する場合、その都度医師の具体的指示を要請する。

【注5】 薬剤投与直前に頸動脈で拍動の有無を確認する。

6. 薬剤投与前に傷病者が心室細動/無脈性心室頻拍であった場合、薬剤投与 30-60 秒後に除細動器により自動解析する。

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を前回投与後から 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。

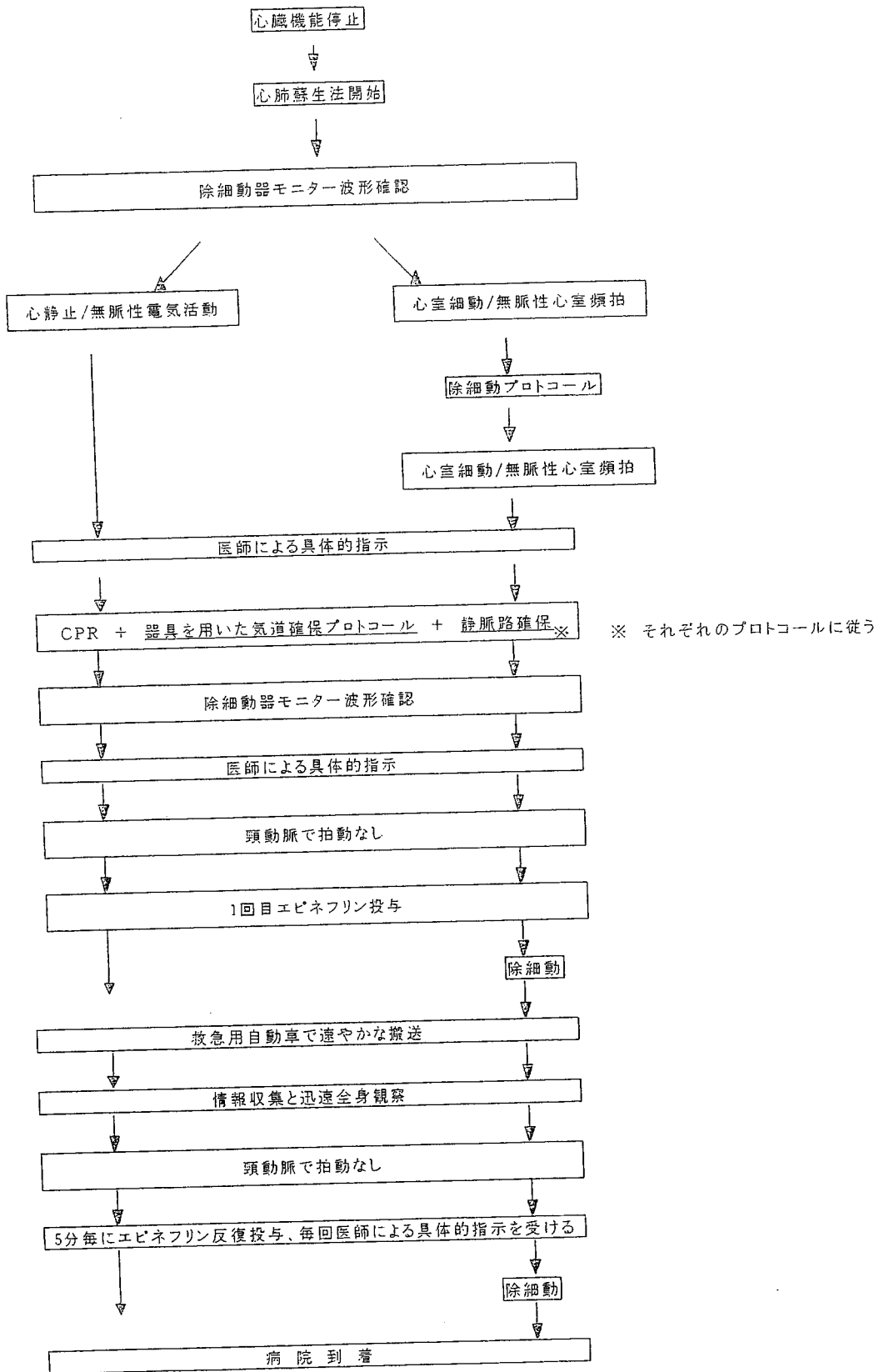


図 心臓機能停止における業務プロトコールの一例

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 ()		
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)		
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			
	<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。

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"/> 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 _____	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	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 : 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:		
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 / 麻痺: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り: 部位				
	四肢変形: <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"/> 無し <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"/> 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		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 ()		
	連絡開始時刻		病院選定経過: _____		
	病院決定時刻		_____		

搬送経過	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		要請 内 容								
	<table border="1"> <tr> <th>除細動</th> <th>気道確保</th> <th>静脈路確保</th> <th>薬剤投与</th> <th>医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名</th> </tr> <tr> <td> 実施場所 () <input type="checkbox"/> V F <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 </td> <td> <input type="checkbox"/>用手 () <input type="checkbox"/>口咽頭エラウエイ <input type="checkbox"/>鼻咽頭 エラウエイ <input type="checkbox"/>LM <input type="checkbox"/>WB <input type="checkbox"/>コック 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 O₂ %/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 </td> <td> <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 </td> <td> <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 </td> <td> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ </td> </tr> </table>		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"/> V F <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"/> 口咽頭エラウエイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 エラウエイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コック 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	<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
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"/> V F <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"/> 口咽頭エラウエイ <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 エラウエイ <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> コック 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	<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	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____							
救命処置等	<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 _____ 所属病院 _____	要請時刻・内容 実施者 _____	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: _____ 病着: _____ 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									
	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	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 <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"/> 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： 瘻管： <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"/> 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"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 既往歴		<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		
	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：			

検証票

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 請 容		
	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 : _____				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: _____ 実施者: <input type="checkbox"/> J <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	
救命処置等	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			薬剤投与 <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		
	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名					
指示要請その他医師からの指導内容		<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由: _____ 指示・指導氏名 _____ 所属病院 _____ 要請時刻・内容・実施者 _____ 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 へリ連携 <input type="checkbox"/> へリ連携 <input type="checkbox"/> 救助水難活動		
	検証医 所属: _____ 氏名 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		
検証医 所見 救急技術指導者所見			検証年月 年 月 日 氏名 _____ 記入年月日 年 月 日			
救急救命士 確認			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			

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) 収容医療機関名称 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、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、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 <ul style="list-style-type: none"> 覚知：消防機関が救急事故を確認した時刻 <small>(※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。)</small> 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 到着：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 到着：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

33) 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があるもの。 「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。
34) 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。
35) 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。
36) 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。
37) 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41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）を回収に出向き、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。