

救急活動に対する指導（活動検証票）

北海道救急業務高度化推進協議会

|             |  |   |  |  |
|-------------|--|---|--|--|
| 消防本部名       | 救急隊名   | 事案番号  | 出動年月日  |  |
| 隊長          | <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 救急標準(Ⅱ)課程 <input type="checkbox"/> 救急Ⅰ課程   | 事故種別  | <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院<br><input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 自災<br><input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 副隊長         | <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 救急標準(Ⅱ)課程 <input type="checkbox"/> 救急Ⅰ課程   |   |  |  |
| 隊員          | <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 新規項目追加 <input type="checkbox"/> Ⅰ課程  |   |  |  |
| 隊員          | <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 救急標準(Ⅱ)課程 <input type="checkbox"/> 救急Ⅰ課程   |   |  |  |
| 出動先住所       | 名称   | 公共場所( )   |  |  |
| 発生場所        | <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |  |  |
| 傷病者性別       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 傷病者年齢   | 歳  |  |
| 救急要請の概要     | その他の場合具体的に記入   |   |  |  |
| 現場到着・接触時の状況 |  |   |  |  |
| 傷病者情報       | 既往症  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 病名: 通院医療機関:  |  |
|             | 現病   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 病名: 通院医療機関:  |  |
| 救急隊到着時の状況等  | 主訴   |   | 診断名  |  |
|             | 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"/> その他( )  |  |  |
|             | 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"/> その他( )  |  |  |
|             | 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"/> その他( )    |  |  |
|             | 出血   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | □外出血(部位:<br>□吐血 □喀血 □下血 □性器出血 □皮下出血 □鼻出血<br>□その他( ) 推定出血量 約 cc   |  |
|             | 創傷   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 部位・種類  | 選択項目の追加  |
|             | 四肢変形   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 部位・種類  |  |
|             | 麻痺   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 単麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |
|             | 痙攣   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 性状   |  |
|             | 嘔吐   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 失禁   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 不明  |
|             | 特記事項   | <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> 胸痛( : から )   | <input type="checkbox"/> ニトロ服用(最終服用時刻: : ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着者   |  |
|             | 心停止推定原因  | <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> 非心原性( ) <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"/> その他( ) |  |  |
|             | 心停止の目撃   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 目撃者  | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 通行人 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> その他( ) |
|             |  | <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 不明  | 確認時間   | : 性状 <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明  |
|             | 口頭指導   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   |  |  |
| 新規項目追加      | BS-CPR   | 実施者   | <input type="checkbox"/> 家族・知人 <input type="checkbox"/> 第三者 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 消防職員   |  |
|             |  | 開始時刻  | <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 推定 PAD時刻 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 推定  |  |
| 他の応急手当      | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  | 実施者   | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> 通行人 <input type="checkbox"/> 医療関係者 <input type="checkbox"/> 消防職員  |  |
|             |  | 実施項目  | <input type="checkbox"/> 除細動 <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"/> 異物除去<br><input type="checkbox"/> その他( )  |  |
| 死亡徴候        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  | 種類  | <input type="checkbox"/> 下顎硬直 <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑 <input type="checkbox"/> その他   |  |
|             |  | 部位  |  |  |
| 病院選定        | 選定者  | <input type="checkbox"/> 指令 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( ) 選択項目の追加                         |  |  |
|             | 選定開始時間   | :   | 選定経過   |  |
|             | 決定時間   | :   |  |  |
| 転送経過        | 要請医療機関   | 要請内容  |  |  |
|             | 要請医師名  |   |  |  |
|             | 病院選定   | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 指令 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> その他( ) 新規項目追加   |  |  |
|             | 同乗管理   | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師・看護師 <input type="checkbox"/> 救急隊のみ <input type="checkbox"/> その他( )   |  |  |
| 指示関係        |  |   |  |  |
| 指示医師名       | 所属病院   | <input type="checkbox"/> 札幌医大高度救命センター <input type="checkbox"/> 〇〇救命センター <input type="checkbox"/> 〇〇病院 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |  |
| 種別          | <input type="checkbox"/> 指示 <input type="checkbox"/> 未指示 <input type="checkbox"/> 未要請  | 未要請の理由  | 最初に出た者   |  |
| 指示時刻等       | DC要請時刻   | :   | AW要請時刻   |  |
|             | DC受領時刻   | :   | AW受領時刻   |  |
|             |  | :   | IV要請時刻   |  |
|             |  | :   | IV受領時刻   |  |
|             |  | :   | DR要請時刻   |  |
|             |  | :   | DR受領時刻   |  |

|         |   |  |  |  |  |  |  |
|---------|---|--|--|--|--|--|--|
| 時間経過総括  |   | 活動内容特記事項   |  |  |  |  |  |
| 覚知      | : | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">レイアウト変更</div> |  |  |  |  |  |
| 出動時刻    | : |  |  |  |  |  |  |
| 現場到着時刻  | : |  |  |  |  |  |  |
| 傷病者接触時刻 | : |  |  |  |  |  |  |
| 車内収容時刻  | : |  |  |  |  |  |  |
| 搬送開始時刻  | : |  |  |  |  |  |  |

|        |   |              |  |  |  |  |  |
|--------|---|--------------|--|--|--|--|--|
| 搬送開始時刻 | : | 救急隊からの指導依頼事項 |  |  |  |  |  |
| 病院到着時刻 | : |              |  |  |  |  |  |
| 医師引継時刻 | : |              |  |  |  |  |  |
| 病院引揚時刻 | : |              |  |  |  |  |  |

|        |   |            |        |      |             |       |  |
|--------|---|------------|--------|------|-------------|-------|--|
| 特定行為総括 |   |            |        |      |             |       |  |
| 医師搬送状況 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 除細動回数      | 気道確保器具 | 適応番号 | 静脈路確保位置・確保針 | 薬剤投与量 |  |
| 医師接触   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   | 回          |        |      | G           | mg    |  |
| 医師接触場所 | <input type="checkbox"/> 現場<br><input type="checkbox"/> 搬送途中  | 【中止・未実施理由】 |        |      |             |       |  |
| 他隊との連携 | <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 救助隊 <input type="checkbox"/> 指揮隊 <input type="checkbox"/> 梯子隊 <input type="checkbox"/> 消防航空隊 <input type="checkbox"/> 防災航空隊 <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> その他( ) |            |        |      |             |       |  |

| 救急救命処置等時系列 |  |    |     |
|------------|--|----|-----|
| 時刻         | 種別   | 概要 | 実施者 |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |
|            | <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他 |    |     |

レイアウト変更  
(時系列で整理)

|      |  |        |  |
|------|--|--------|--|
| 検証医師 |  |        |  |
| 所 属  |  | 氏 名    |  |
| 検証結果 |  |        |  |
| 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 | 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 |
| 処 置  | <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 署等で確認 <input type="checkbox"/> 事例研究等を考慮 | 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 |

|        |  |
|--------|--|
| 検証医師所見 |  |
| 統括医師所見 |  |

|          |  |     |      |
|----------|--|-----|------|
| 消防内部指導者欄 |  |     |      |
| 指導者コメント  |  | 指導者 | 指導係員 |
|          |  |     |      |

検証後決裁欄

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