

検証票

引継日時	()	消防本部名		救急隊長	
出場番号	傷病者番号	事故種別	<input type="radio"/> 急病 <input type="radio"/> 交通 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> 加害 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 火災 <input type="radio"/> 水難 <input type="radio"/> 自然 <input type="radio"/> 運動 <input type="radio"/> 自損 <input type="radio"/> その他	救急救命士	
出場場所	住所	発生場所			
フリガナ	氏名	性別		職業	
救急要請の概要		生年月日		年齢	歳
現着接触時の状況		既往症の有無		既往症	
傷病者情報	現病名	通院医療機関			
主訴等	自覚症の有無	不明理由			
状態	顔	表情			
出血	<input type="checkbox"/> 外出血 <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 出血量 ()	その他			
創傷	種類	部位			
痙攣	性状	嘔吐		嘔気	
四肢変形	部位	痺痺		部位	
熱傷	<input type="checkbox"/> II度熱傷 % 部位 () <input type="checkbox"/> III度熱傷 % 部位 () <input type="checkbox"/> 気道熱傷疑い				
死後硬直	部位	死斑		部位	
ECG	心停止の目撃	救急隊現着時のCPRの状況			
初期ECG時刻	心停止の目撃の有無	救急隊現着時のCPR			
心停止の推定原因	目撃者	CPR実施者			
<input type="radio"/> 非心原性 () <input type="radio"/> 心原性又は不明	目撃時刻	CPR開始時刻			
関連項目	目撃性状	口頭指導			
<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"/> 既往症 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ニトロ <input type="checkbox"/> その他 ()	目撃情報	口頭指導実施者			
救急隊CPR開始時刻		口頭指導内容			
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 ()	<input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 心臓マッサージ <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> その他			
実施時刻		時間経過			
意識		覚知			
呼吸		出場			
脈拍		現着			
ECG		接触			
血圧		現発			
瞳孔		病着			
SPO ₂		取引			
体温		消防隊連携活動等			
処置		転帰1 (1週間後)			
判断		転帰2 (1ヶ月)			
心拍再開の有無	場所	再開時刻			

除細動	<input type="checkbox"/> 実施 実施場所 () 心電図波形 確認時刻 () 除細動波形 1回目 (J) 2回目 (J) 3回目 (J) ECG波形 確認時刻 () 4回目 (J) 5回目 (J) 6回目 (J) ECG波形 除細動結果 中止未実施理由	<input type="checkbox"/> 用手 () エアウェイ 気管挿管等 サイズ mm カフ容量 ml 固定位置 cm 実施場所 () 実施時刻 () 器具選定理由 換気方法 () 換気回数 回/m 酸素流量 L/m 中止・抜去 () 中止・抜去理由	<input type="checkbox"/> 実施 実施場所 () 実施時刻 () 確保部位 使用ゲージ G 中止未実施理由 実施者氏名 要請時刻 要請内容 科目 要請内容 救急隊 本部 本人 家族 医師 その他 ()	医師連携による処置 連携医師氏名 特定行為による補足事項
指示要請	<input type="radio"/> 要請 <input type="radio"/> 未要請 <input type="radio"/> 受けられず 指示指導医師名 要請時刻 要請内容 科目	要請者 指示指導等	要請内容	
病院選定	病院選定・経過等 連絡開始時刻 病院選定者 病院決定時刻 病院選定経過	<input type="radio"/> 救急隊 <input type="radio"/> 本部 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> その他 ()		
転送経過	要請病院名 要請医師名 病院選定 同乗管理	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <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	
初診医所見	収容医療機関 所在地 心拍再開の有無(院内) 再開時刻 意見等の有無 医師意見等	<input type="checkbox"/> 除細動 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 静脈路確保 <input type="checkbox"/> その他	傷病名 入力日時 医師名 初診時程度	<input type="radio"/> 初診医が入力 <input type="radio"/> 聴取 <input type="radio"/> 口述 <input type="radio"/> 転記
検証医所見	観察 検証 判断 検証 処置 検証 観察 検証 内容 判断 検証 内容 処置 検証 内容 医療機関選定検証内容	氏名 氏名 氏名 氏名	検証年月日 医療機関選定検証 医療機関選定検証内容	各検証が事例研究等を考慮の場合のみ検証内容を入力してください
救急技術指導者所見		氏名	入力年月日	
救急救命士確認欄		氏名	入力年月日	
救急隊員氏名	機関員	隊員		