

# 傷病者観察票

年 月 日

救急隊

中止

不搬送

発症(推定) (最終確認)	:
入電	:
出勤	:
現着	:
接触	:
車内收容	:
現発	:
病着	:
帰署	:

事故種別  急病  交通事故  一般負傷  転院搬送  その他 ( )

発生場所  自宅  高齢者施設  医療機関  その他 ( )

住所

ふりがな

氏名

男  女      歳

昭和      年      月      日

顔貌  正常  蒼白  紅潮  黄疸  その他

皮膚  正常  冷感  湿潤  発汗  乾燥  チアノーゼ

嘔吐  無し  嘔気  嘔吐  喀血  吐血

瞳孔  正常  偏視      右      mm (正常・鈍い・無し)      左      mm (正常・鈍い・無し)

バイタル	時 分	時 分	時 分
意識レベル	JCS	JCS	JCS
	GCS (E V M)	GCS (E V M)	GCS (E V M)
呼吸	回/分	回/分	回/分
脈拍	回/分 (整・不整)	回/分 (整・不整)	回/分 (整・不整)
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
SpO <sub>2</sub>	% ( O <sub>2</sub> ℓ )	% ( O <sub>2</sub> ℓ )	% ( O <sub>2</sub> ℓ )
心電図	<input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Af <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> VF
	<input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Asys ( )	<input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Asys ( )	<input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Asys ( )

処置項目	実施		
除細動	1	2	3
指示要請	1	2	3
器具気道確保	1	2	3
気管挿管	1	2	3
静脈路確保	1	2	3
アドレナリン投与	1	2	3
ブドウ糖溶液静注	1	2	3
エピベン筋注	1	2	3
	1	2	3
	1	2	3

脳卒中疑い

顔のゆがみ  正常  異常

上肢挙上  正常  異常

言語障害  正常  異常

交通事故

シートベルト  有  無

エアバック  有  無

ヘルメット  有  無

連絡事項

警察 (  有  無 )

家族 (  有  無  同乗 )

A D L	食事介助	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	寝たきり	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	トイレ介助	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

備考欄  
G (原因・概要・現病歴)

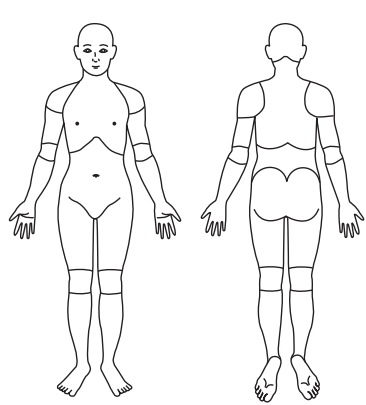
U (訴え)

M (最終食事時間)

B (病歴・薬歴)

A (アレルギー)

処置・所見



出血	○	創傷	~	打撲	△
痛點	▲	骨折	×	熱傷	#

I    II    III