

傷病者観察票

年 月 日

 中止

 不搬送

(救急隊)

発症(推定) (最終確認)	:	
入電	:	
出勤	:	<input checked="" type="checkbox"/>
現着	:	<input checked="" type="checkbox"/>
接触	:	<input checked="" type="checkbox"/>
車内収容	:	<input checked="" type="checkbox"/>
現発	:	<input checked="" type="checkbox"/>
病着	:	<input checked="" type="checkbox"/>
帰署	:	<input checked="" type="checkbox"/>

事故種別	<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 一般負傷 <input type="checkbox"/> 転院搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()
発生場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 高齢者施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ()
住所	
ふりがな	
氏名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M <input type="text"/> T <input type="text"/> S <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

顔貌	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> その他 ()	麻痺	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 全身 ()	<input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 両下肢	
急病	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 冷感 <input type="checkbox"/> 湿潤 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> チアノーゼ	痙攣	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 局所 <input type="checkbox"/> 全身	<input type="checkbox"/> 間代性 <input type="checkbox"/> 強直性	
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 吐血	失禁	<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便	体温	℃ (<input type="checkbox"/> 鼓膜 <input type="checkbox"/> 腋下)

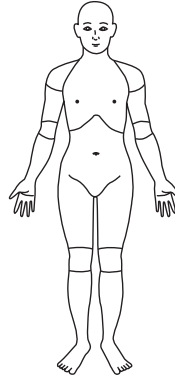
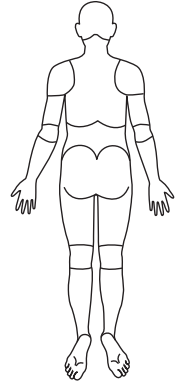
瞳孔	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偏視 右 mm (正常・鈍い・無し) 左 mm (正常・鈍い・無し)
----	---

バイタル	時 分 <input type="checkbox"/>	時 分 <input type="checkbox"/>	時 分 <input type="checkbox"/>
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 ₂	% (O ₂ ℓ)	% (O ₂ ℓ)	% (O ₂ 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 中 疑 い	顔のゆがみ	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	交通事故	シートベルト	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連絡事項	
	上肢挙上	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		エアバック	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		警察 (有 ・ 無)
	構音障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常		ヘルメット	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		家族 (有 ・ 無 ・ 同乗)

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 △
 痛点 ▲ 骨折 × 熱傷 #

送信

I

II

III