

傷病者観察票				緊急度	I	II	III
<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 不搬送			発症(推定) (最終確認)	:		
<input type="checkbox"/> 救急車	<input type="checkbox"/> ドクターヘリ	年 月 日		入電	:		
<input type="checkbox"/> ドクターカー	<input type="checkbox"/> 防災ヘリ	( 救急隊 )		出動	:		
事故種別	<input type="checkbox"/> 未選択 ( )	発生場所	<input type="checkbox"/> 未選択 ( )	現着	:		
住所				接触	:		
ふりがな				車内収容	:		
氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 歳	病着	:		
	昭和 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日			帰署	:		
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				
皮膚	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 熱感 <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"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 吐血	失禁	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便				
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)	疼痛	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 部位( )いつから( )				
バイタル	時 分	時 分	時 分	A D L	食事介助	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
意識レベル	JCS	JCS	JCS		寝たきり	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
	GCS (E V M)	GCS (E V M)	GCS (E V M)		トイレ介助	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
呼吸	回/分	回/分	回/分		認知症	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
脈拍	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)	回/分(整・不整)				
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg				
SpO2	% (O <sub>2</sub> ℓ )	% (O <sub>2</sub> ℓ )	% (O <sub>2</sub> ℓ )				
体温	℃ ( <input type="checkbox"/> 鼓膜 <input type="checkbox"/> 腋下 )	℃ ( <input type="checkbox"/> 鼓膜 <input type="checkbox"/> 腋下 )	℃ ( <input type="checkbox"/> 鼓膜 <input type="checkbox"/> 腋下 )				
心電図	<input type="checkbox"/> 未選択 ( )	<input type="checkbox"/> 未選択 ( )	<input type="checkbox"/> 未選択 ( )				
脳卒中疑い	<input type="checkbox"/> 脈不整 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 共同偏視 <input type="checkbox"/> 顔面麻痺 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 上肢麻痺 <input type="checkbox"/> 言語障害	連絡事項	シートベルト <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 エアバッグ <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ヘルメット <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無				
最終健常日時		警察 ( <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 )	交通事故				
月 日 時 分		家族 ( <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同乗 )					
		同乗者(続柄) ( )	連絡先( )				
備考欄							
G(原因・概要・現病歴)							
U(訴え)							
B(病歴・薬歴)							
かかりつけ医 <input type="radio"/> 有 ( ) <input type="radio"/> 無							
お薬手帳 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 常用している薬品現物 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無							
A(アレルギー)							
処置・所見							
メモ欄							