

傷病者観察票

年 月 日
救急隊

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	:

中止 不搬送 (

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 _____ 性別 男 女 年齢 歳
 氏名 _____ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

顔貌 正常 蒼白 紅潮 黄疸 その他 _____ 麻痺 無し 全身 () 片麻痺 両下肢
 皮膚 正常 冷感 湿潤 発汗 乾燥 チアノーゼ 痙攣 無し 局所 全身 間代性 強直性
 嘔吐 無し 嘔気 嘔吐 喀血 吐血 失禁 尿 便 体温 _____ °C (鼓膜 腋下)

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 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

脳卒中疑い 顔のゆがみ 正常 異常 交通事故 シートベルト 有 無 連絡事項 _____
 上肢挙上 正常 異常 エアバック 有 無 警察 (有 無) _____
 構音障害 正常 異常 ヘルメット 有 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

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

出血 ○ 創傷 ~ 打撲 △
 痛点 ▲ 骨折 × 熱傷 #

I

II

III