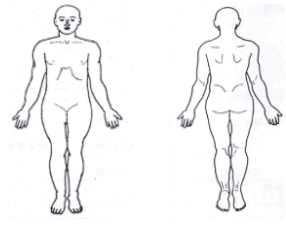


傷病者搬送連絡票

石川県メディカルコントロール協議会

消防本部名	消防局・本部	所属	消防署	救急隊	記載者氏名	<input type="checkbox"/> 救 <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> AED認定 <input type="checkbox"/> I	
発生年月日	年 月 日 ()	種別	<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般負傷 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 自然災害 <input type="checkbox"/> その他()				
出動場所	<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外 階 ()		搬送方法	<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> ヘリコプター <input type="checkbox"/> 他()			
傷病者情報	住所	同乗 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 他() 家族連絡 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未() - 本人電話 () -					
	(フリガナ) 氏名	() 男 年 月 日 歳 ID	女 職業 ()				
S: 主訴 <input type="checkbox"/> 前駆症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		M: 内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		L: 最終未発症時刻 <input type="checkbox"/> 不明			
A: アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		P: 病歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (医療機関名:)		L: 最終食事時刻 <input type="checkbox"/> 不明			
E: 発症状況 ①発症時刻・状況 ②部位・性状 ③症状の変化・持続時間 ④随伴症状 ⑤外力方向 ⑥その他 ※事故概要略図記入 外傷 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
							
生活状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中等度障害 (片麻痺・構音障害等) <input type="checkbox"/> 重度障害あり要介護 <input type="checkbox"/> 昏睡 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 他()						
時間経過	携帯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	初期評価			脳卒中評価		
入電	: :	意識	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> A		① 脈不整	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能	
出動A	: :	顔貌	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()		② 共同偏視	<input type="checkbox"/> 有 (右・左) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能	
出動P	: :	出血	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		③ 半側空間無視 (指4本法)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能	
現着A	: :	A 気道	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()		④ 失語 (眼鏡・時計の呼称)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能	
現着P	: :	B 呼吸	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()		⑤ 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (右・左) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能	
接触	: :	C 皮膚	脈拍	<input type="checkbox"/> 橈骨 () <input type="checkbox"/> 総頸 ()		⑥ 上肢麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (右・左) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 測定不能
車内収容	: :		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ()				
現発	: :	意識	JCS	GCS E: V: M: 点	ACS評価		
病着	: :	D 瞳孔	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 瞳孔異常 <input type="checkbox"/> 眼球運動異常 <input type="checkbox"/> 眼位異常		胸痛性状	<input type="checkbox"/> 絞扼感 <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 灼熱感 <input type="checkbox"/> 他()	
引継	: :		肢位	<input type="checkbox"/> 除脳 <input type="checkbox"/> 除皮質 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 他()		胸痛誘引	<input type="checkbox"/> 労作時 <input type="checkbox"/> 安静時 (15分以上 15分未満)
接触時体位		処置	<input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 他()		放散痛	<input type="checkbox"/> 心窩部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 肩・上肢 <input type="checkbox"/> 他()	
<input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)		血糖値			随伴症状		
<input type="checkbox"/> 腹臥位 <input type="checkbox"/> 坐位 <input type="checkbox"/> 立位		mg/dl	時刻 (:)	<input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 家族・他()	<input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嘔吐・嘔気 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 他()		
時間・場所	: <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 車内	: <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 車内	: <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 車内	: <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> 車内	医療機関選定理由		
意識	JCS	GCS E V M	E V M	E V M	E V M	<input type="checkbox"/> 三次 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 直近適応 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 連絡済	
呼吸	回/分	回/分	回/分	回/分	<input type="checkbox"/> 受診歴 <input type="checkbox"/> その他 ()		
脈拍	回/分	回/分	回/分	回/分	受入不能機関	理由	
血圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	時刻		
SPO ₂	% (O ₂ L)	% (O ₂ L)	% (O ₂ L)	% (O ₂ L)	救急隊判断 (疑った疾患・病態)		
心電図					<input type="checkbox"/> L & G適応		
瞳孔	R mm () L mm ()	R mm () L mm ()	R mm () L mm ()	R mm () L mm ()	<input type="checkbox"/> L & G非適応		
眼位等					医療機関名称		
体温	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 腋 . °C	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 腋 . °C	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 腋 . °C	<input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 腋 . °C	医師署名		
呼吸音					傷病名・程度		
特記事項 (症状、処置)					1ヶ月予後		
搬送体位	<input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左) <input type="checkbox"/> 坐位 <input type="checkbox"/> 腹臥位 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 死亡: 初診時死亡 (:)		
不搬送名	私は救急隊に搬送されることを辞退します。 []				<input type="checkbox"/> 重症: 三週間以上の入院加療		
					<input type="checkbox"/> 中等症: 重症又は軽症以外		
					<input type="checkbox"/> 軽症: 入院を要しない		
					<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院		