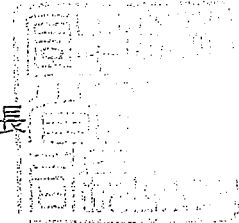




医政発第0323001号
平成16年3月23日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長



救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施について

標記に関し、今般、「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具（平成4年厚生省告示第18号）」が、平成16年厚生労働省告示第121号をもって改正され、平成16年7月1日から適用されることとなった。

については、本改正の趣旨、内容及び留意点について御了知の上、消防主管部局とも連携し、所定の講習、実習を修了する等の諸条件を満たした救急救命士により、気管内チューブによる気道確保が適切に実施されるよう取組をお願いするとともに、医療機関等関係方面への周知徹底及び指導方よろしく願いたい。

記

第1 改正の趣旨及び内容

重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者を対象とした救急救命士法施行規則（平成3年厚生省令第44号。以下「規則」という。）第21条第3号に規定する「厚生労働大臣の指定する器具による気道確保」に関し、この指定する器具として、従前の「食道閉鎖式エアウェイ」及び「ラリングアルマスク」に加えて、「気管内チューブ」を追加することにより、救急救命士による気管内チューブによる気道確保を認めるものであること。（改正告示による改正後の「救急救命士法施行規則第21条第3号の規定に基づ

き厚生労働大臣の指定する器具」。以下「新器具告示」という。）

この改正は、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」（座長 松田博青 日本救急医療財団理事長）の報告書（平成14年12月11日。以下単に「報告書」という。）を踏まえたものであり、医師の具体的指示に基づき、気管内チューブによる気道確保でなければ気道確保が困難な重度傷病者（心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態にある者に限る。）の場合に限り認められるものであり、その実施主体は、事前及び事後のメディカルコントロール体制の下、必要な講習・実習を修了する等の諸条件（報告書別添参照）を満たした救急救命士に限られるものであること。

第2 留意事項

1 メディカルコントロール体制の整備について

気管内チューブによる気道確保については、救急救命士法（平成3年法律第36号。以下「法」という。）第44条第1項に規定する医師の具体的な指示を受けなければ行ってはならない救急救命処置であることから、実施に際して、常時、医師の具体的指示が受けられる体制の整備はもちろん、プロトコルの作成、事後検証体制、再教育体制等の整備など、メディカルコントロール体制の整備が実施の前提条件となることに十分留意されたいこと。

なお、こうしたメディカルコントロール体制の整備については、「メディカルコントロール協議会の設置促進について」（平成14年7月23日付消防庁次長・厚生労働省医政局長連名通知）、「メディカルコントロール体制の整備について」（平成15年7月28日付消防庁次長、厚生労働省医政局長連名通知）等において周知してきたところであるが、気管内チューブによる気道確保の実施に係るメディカルコントロール体制の充実強化については、別途通知することとしているので参考にされたい。

2 気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習要領及び修了の認定等について

気管内チューブによる気道確保の実施のための講習・実習については、「救急救命士に対する気管挿管に関する講習・実習体制の整備について」（平成15年7月28日付厚生労働省医政局指導課事務連絡）、「『病院（手術室）実習ガイドライン』の取りまとめについて」（平成16年1月16日付厚生労働省医政局指導課事務連絡）より、予め準備のため周知したところであるが、その具体的運用については、別途通知するものであること。

3 気管内チューブによる気道確保の対象となる患者について

食道閉鎖式エアウェイ又はラリングアルマスクによる気道確保に関して

は、心肺機能停止状態の患者には、心臓機能停止の状態又は呼吸機能停止の状態の患者であり、心臓又は呼吸のどちらか一方の機能が停止している状態の患者も含まれているものとされていたところであるが、気管内チューブによる気道確保の対象となる患者は、心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態の患者であり、心臓及び呼吸の両方の機能が停止している状態の患者を対象とするものであること。

気管内チューブによる気道確保でなければ気道確保が困難な重度傷病者については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書中の「気管挿管の業務プロトコール」によれば、心臓機能停止の状態及び呼吸機能停止の状態の患者のうち、「ラリンゲアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの」が対象であり、具体的適応については、「異物による窒息」があげられているが、傷病の状況から医師が必要と判断したものについてはその限りではない。

ただし、その場合には、医師は気管内チューブによる気道確保以外では患者予後の改善が見込めないと判断した理由について、指示内容を記録して保管し、地域メディカルコントロール協議会において事後検証を行うこと。

第3 実施時期等

実施時期は平成16年7月1日とする。

実施時期以前は、気管内チューブによる気道確保の実施は一切認められないこと。但し、その実施に係る事前の講習及び実習については、その限りではないものであり、都道府県メディカルコントロール協議会、受入れ施設等と十分協議すること。

第4 その他

「救急救命士養成所の指導要領について」（平成3年8月15日健政発第497号厚生省健康政策局長通知）の別表1を別添1のように改め、同通知別表2 1（2）中「食道閉鎖式エアウェイ、」の次に「気管内チューブ、」を加える。

教育内容と教育目標

	教育内容	単位数			教育目標
		指定規則			
		別表	別表	別表	
		第1	第2	第3	
基礎分野	科学的思考の基盤	8	—	—	医療従事者として必要な科学的思考及び教養を身につける。生命に関わる科学の基礎を理解し、疫学的な考察力を培うとともに情報化社会に対応できる知識を習得する。
	人間と人間生活				人間性を磨き、自由で客観的な判断力を培い、主体的な行動力を身につける。
	(小計)	8	—	—	
専門基礎分野	人体の構造と機能	3	3	2	人体の構造と機能及び心身の発達に関する知識を系統的に習得する。
	疾患の成り立ちと回復の過程	4	4	2	疾病及び障害に関する知識を系統的に習得する。
	健康と社会保障	2	2	1	公衆衛生の基本的考え方を理解し、国民の健康及び地域・環境保健、医療及び福祉についての知識を習得する。
	(小計)	9	9	5	
専門分野	救急医学概論	5	5	3	生命倫理と医の倫理（インフォームドコンセントを含む）の基本的考え方を理解する。 地域における救急救命士の役割を理解し、メディカルコントロール体制下における救急現場、搬送課程における救急医療及び災害医療についての知識を系統的に習得する。また、救急救命処置に係る医療事故対策について理解する。
	救急症候・病態生理学	6	6	4	各種疾患の症候・病態生理について理解し、症候・病態ごとに観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	疾病救急医学	8	8	5	各種疾患（小児、高齢者、妊産婦等を含む）の発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	外傷救急医学	4	4	2	外傷の受傷機転、発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	環境障害・急性中毒学	1	1	1	環境因子、中毒物質、放射線等による障害の発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。
	臨地実習	23	23	7	修得した知識を病院前救護において的確かつ安全に応用できる実践能力を身につけ、メディカルコントロールの重要性を確認し、傷病者に対する適切な態度を習得し、医師とともに救急医療を担う医療従事者としての自覚と責任感を養う。
	(小計)	47	47	22	
合計	64	56	27		

教育内容と教育目標

	教育内容	単位数			教育目標	
		指定規則				
		別表	別表	別表		
		第1	第2	第3		
基礎分野	科学的思考の基盤	8	—	—	医療従事者として必要な科学的思考及び教養を身につける。生命に関わる科学の基礎を理解し、疫学的な考察力を培うとともに情報化社会に対応できる知識を習得する。	
	人間と人間生活				人間性を磨き、自由で客観的な判断力を培い、主体的な行動力を身につける。	
	(小計)	8	—	—		
専門基礎分野	人体の構造と機能	3	3	2	人体の構造と機能及び心身の発達に関する知識を系統的に習得する。	
	疾患の成り立ちと回復の過程	4	4	2	疾病及び障害に関する知識を系統的に習得する。	
	健康と社会保障	2	2	1	公衆衛生の基本的考え方を理解し、国民の健康及び地域・環境保健、医療及び福祉についての知識を習得する。	
	(小計)	9	9	5		
専門分野	救急医学概論	5	5	3	生命倫理と医の倫理（インフォームドコンセントを含む）の基本的考え方を理解する。 地域における救急救命士の役割を理解し、メディカルコントロール体制下における救急現場、搬送課程における救急医療及び災害医療についての知識を系統的に習得する。また、救急救命処置に係る医療事故対策について理解する。	
	救急症候・病態生理学	5 6	5 6	3 4	各種疾患の症候・病態生理について理解し、症候・病態ごとに観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。	
	疾病救急医学	8	8	5	各種疾患（小児、高齢者、妊産婦等を含む）の発症機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。	
	外傷救急医学	4	4	2	外傷の受傷機転、発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。	
	環境障害・急性中毒学	1	1	1	環境因子、中毒物質、放射線等による障害の発生機序、病態、症状、所見及び予後等について理解し、観察、評価、処置及び搬送法に関する知識を系統的に習得する。	
	臨地実習	22 23	22 23	6 7	修得した知識を病院前救護において的確かつ安全に応用できる実践能力を身につけ、メディカルコントロールの重要性を確認し、傷病者に対する適切な態度を習得し、医師とともに救急医療を担う医療従事者としての自覚と責任感を養う。	
	(小計)	45	47	45	47	20
合計	62	64	54	56	25	27



消 防 救 第 5 8 号
医政指発第 0323071 号
平成 1 6 年 3 月 2 3 日

各都道府県消防主管部（局）長 殿
衛生主管部（局）長 殿

消防庁救急救助課長

厚生労働省医政局指導課長

救急救命士の気管内チューブによる気道確保の実施に係る
メディカルコントロール体制の充実強化について

本年 3 月 2 3 日付けの「救急救命士法施行規則第 2 1 条第 3 号の規定に基づき厚生労働大臣の指定する器具（平成 4 年厚生省告示第 1 8 号）」の一部改正等により、平成 1 6 年 7 月 1 日から、救急救命士の行う救急救命処置として医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保の実施を認めることとなったところ、こうした処置範囲拡大の前提として、事後検証の実施を含めたメディカルコントロール体制の充実強化が不可欠である。

従前より、「メディカルコントロール体制の充実強化について（平成 1 5 年 3 月 2 6 日付消防庁次長、厚生労働書医政局長通知）」（以下「平成 1 5 年通知」という。）等でも周知していたところ、気管内チューブによる気道確保の実施については、特に下記の事項に十分に留意し、救急救命士制度の円滑な運用を図られるようお願いしたい。

また、貴都道府県内市町村（消防の事務を処理する組合を含む。）及び関係団体等に対しこの旨周知願いたい。

記

1 医師からの具体的指示・指導体制の充実

救急救命士が気管内チューブによる気道確保等を適正に行うためには、迅速かつ確実に医師の具体的な指示を受ける必要があることから、その実施に当たり、常時医師からの具体的指示・指導を受けられる体制の充実を図ること。

2 プロトコールに沿った実施

気管内チューブによる気道確保のプロトコール（以下「プロトコール」という。）については、平成14年度厚生労働科学研究「救急救命士による特定行為の再検討に関する研究」報告書にある「気管挿管の業務プロトコール」（別添1）を参考にしつつ、地域メディカルコントロール協議会で作成すること。

救急救命士は、プロトコールに習熟した上で、プロトコールに沿って医師の具体的指示に基づき、気管内チューブによる気道確保を適切に実施することにより、救命効果の向上を図ること。

3 所要の知識の習得

医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保を実施する救急救命士は、救急救命士の国家試験に合格した者であって、気管内チューブによる気道確保の実施のための講習及び実習を修了していることとし、救急救命士学校養成所指定規則の一部を改正する省令（平成16年文部科学省・厚生労働省令第1号）による改正後の救急救命士学校養成所指定規則（平成3年文部省・厚生省令第2号）に基づく教育内容を履修した者についても、救急救命士の国家試験合格後、実習を修了する必要があること。

4 事後検証体制の確立等

医師の具体的指示下での気管内チューブによる気道確保については、地域メディカルコントロール協議会が設置され、事後検証体制が確保されていることが前提であり、事後検証を行う際には、気管内チューブによる気道確保を実施した際の観察結果、固定状況等必要事項を正確に把握する必要があることから、平成15年通知にある事後検証票（別添2）を参考にし、必要に応じて地域メディカルコントロール協議会で見直し等を行うよう努めること。

気管挿管の業務プロトコール

○対象者心肺機能停止状態の症例（心停止かつ呼吸停止のもの）

平澤研究班報告では、気管挿管の適応に関しては、一部の症例では従来法に比べて、気管挿管の方がより有効と考えられるということで、適応はポジティブリストにすべきとの報告であった。別班（杉山貢班長：ドクターカーによる気管挿管適応事例の実証分析）で検討された結果を踏まえ、気管挿管の適応を以下の如くとする。

【気管挿管の適応と考えられるケース】

下記の状態の心肺機能停止患者のうち、ラリングアルマスク、食道閉鎖式エアウェイで気道確保ができないもの

- ① 異物による窒息の心肺機能停止事例
- ② その他、指導医が必要と判断したもの

【気管挿管の適応外となるケース】

- ① 状況から頸髄損傷が強く疑われる事例
- ② 頭部後屈困難例
- ③ 開口困難と考えられる例
- ④ 喉頭鏡挿入困難例
- ⑤ 喉頭鏡挿入後喉頭展開困難例
- ⑥ その他の理由で声帯確認困難例
- ⑦ 時間を要する、もしくは要すると考えられる例
- ⑧ その他担当救急救命士が気管挿管不相当と考えた例

以上より、気管挿管の対象者は、【気管挿管の適応と考えられるケース】から【気管挿管の適応外となるケース】を引いたものとする。

ただし、傷病の状況から気管挿管以外では患者予後を改善し得ないと指導医が判断して救急救命士が気管挿管を実施した場合には、医師は、気管挿管以外では患者予後の改善が見込めないと判断した理由について、指示内容を記録し

て保管し、求めに応じて地域メディカルコントロール協議会に提出すること

なお、研究班による検討、検証の結果、下記の事例は、既存の方法により十分な結果が得られるもの、または気管挿管を実施しても予後の改善が期待できないものであり、気管挿管を実施する必要はないとされたものである。

- ① 脳血管障害による心肺機能停止が明らかな事例※
- ② 心筋梗塞、致死性不整脈等、循環器系の傷病に起因する心肺機能停止が明らかな事例※
- ③ 呼吸器系を除く部位の外傷に起因する心肺機能停止が明らかな事例※
※ただし、上記の傷病に伴って嘔吐等が認められ、ラリngeアルマスク、食道閉鎖式エアウェイが挿入困難である事例は除外する。
- ④ 目撃者のいない絞頸による心肺機能停止事例
- ⑤ 目撃者のいない入浴中の心肺機能停止事例

○対象者として適合した場合、on. line medical control を受ける。

○挿管の類別は喉頭鏡を用いた直視下経口挿管に限定する。

○挿入には迅速性が要求される。挿入に要する時間は1回30秒以内として、挿入試行は原則1回として3回以上を禁ずる。

30秒以内に挿入できなかった場合も1回の挿入試行として数える。

○挿入は安全に静かに行い、強い抵抗のある場合は中止し、無理な挿入は避ける。

○日本人の場合、挿入の深さは気管チューブカフが声帯を2cm越える位置、あるいは成人男性で門歯21cm、女性で門歯19cmを目安とする。

○気管チューブカフ（低圧カフを使用）には過剰なエアーを注入しない。通常は10mlで、カフ漏れがなくなる量である。

○気管チューブが気管内に挿入されているかの確認は非常に重要である。

食道挿管を防ぐ。

臨床的所見、例えばチューブ内壁の呼気の湿気、胸腹部の聴診、胸郭の挙上などは必ずしも信頼できる確認方法ではない。

気管チューブが気管内に正しく挿入されているか確認するため下記の4つの方法を順に行う。

1) 直視下で声帯をチューブが越えるのを確認する。

2) 気管挿管後、直ちに心窩部、両側中腋窩線・前胸部を聴取する。

心窩部でゴボゴボと音がして、胸壁が上がらなければ直ちに気管チューブを抜去する。胸壁が上がり心窩部で音がしなければ呼吸音を聴取する。

3) 呼気二酸化炭素検知器を装着する。

二酸化炭素があれば気管内の可能性が高い。しかしながら心肺停止傷病者では、肺血流量が低下しているため擬陽性（食道挿管であると検知）を呈する可能性がある。

4) 食道挿管検知器を装着する。

心肺停止では呼気二酸化炭素が検出できないことがあるので、食道挿管検知器で再度確認する。

以上4つの方法で気管チューブの正確な位置の確認を行う。

○気管挿管を確認したら、片肺挿管（左右いずれかの主気管支挿管）を防ぐため、両側肺尖部の聴診を注意深く行う。

○気管チューブの固定は専用固定器具を使用する。

○気管チューブ挿入後は、用手による気道確保を行わず、頭部の位置を水平に保つ。

○胃内容物の逆流がある時は、吸引・清拭を行う。

○気管挿管失敗の際は、従来法にて気道の確保を試みる。

この際の従来法の選択は、ラリングアルマスク、コンビチューブを同列とする。

○従来法でも換気が得られない場合は、バッグ・バルブ・マスクにて換気を試

みながら搬送する

○実際のプロトコール作りの際は、その地方のメディカルコントロール体制や救急医療体制を勘案したローカルルールも考慮する。

○気管挿管の合併症

(1) 食道挿管

(2) 片肺挿管

(3) 喉頭鏡あるいは気管チューブの過剰な力による歯牙損傷、上気道損傷

(4) 無理な挿管操作あるいは正常咽頭反射による嘔吐と誤嚥

(5) 挿管操作延長による低酸素血症

(6) 頸椎症患者に対する過進展による頸椎骨折

(7) 外傷症例において頸随損傷の悪化

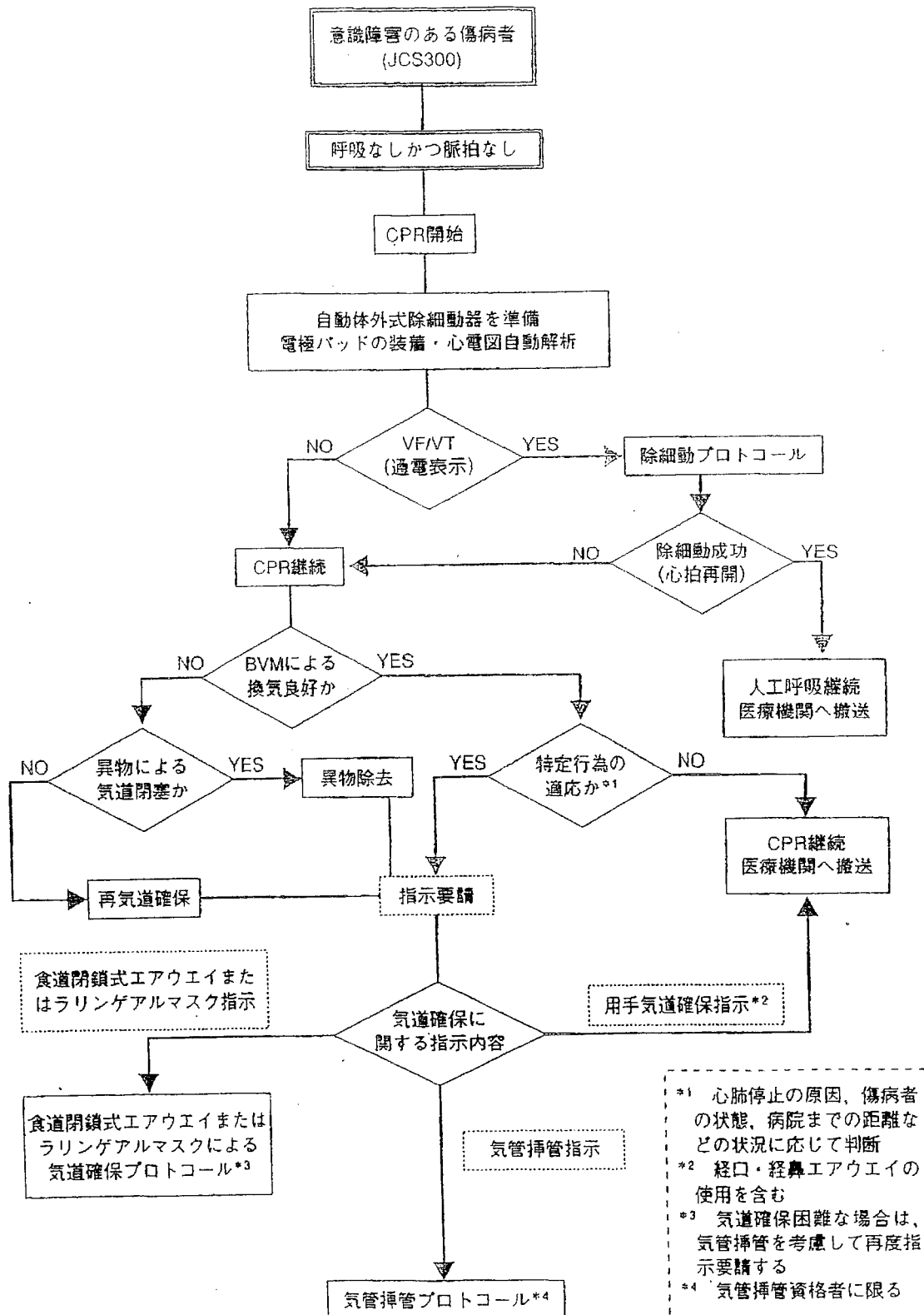
(8) 低体温症例における気道刺激による心室性不整脈、心室細動の出現

(9) 気道刺激による迷走神経反射による除脈

(10) 無理な挿管操作、過剰な加圧による気胸の発症、あるいは既存の気胸の増悪

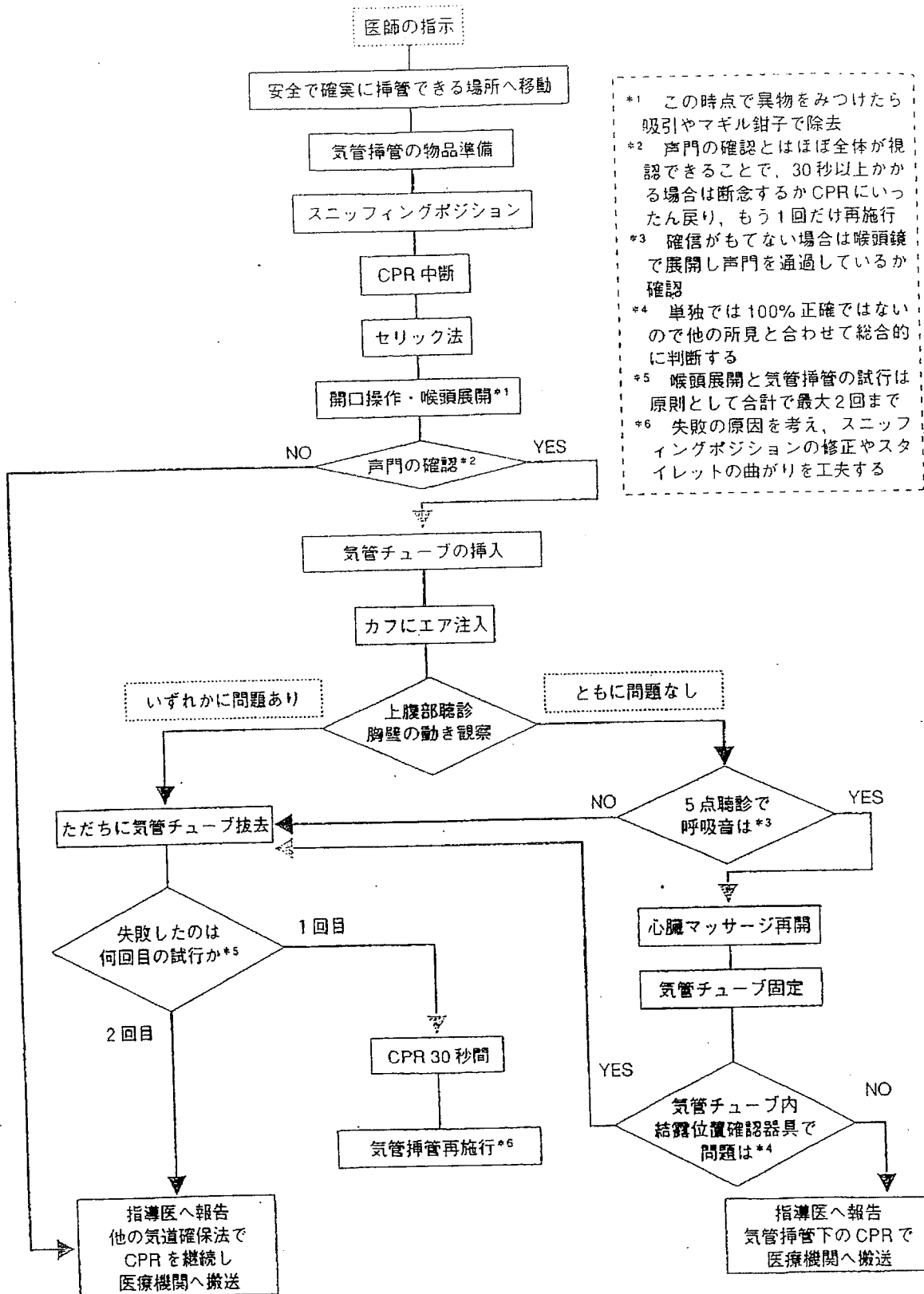
以上

気道確保に関する指示要請プロトコール



*1 心肺停止の原因、傷病者の状態、病院までの距離などの状況に応じて判断
 *2 経口・経鼻エアウェイの使用を含む
 *3 気道確保困難な場合は、気管挿管を考慮して再度指示要請する
 *4 気管挿管資格者に限る

気管挿管プロトコール



- *1 この時点で異物を見つけたら吸引やマギル鉗子で除去
- *2 声門の確認とはほぼ全体が視認できることで、30秒以上かかる場合は断念するかCPRにいったん戻り、もう1回だけ再施行
- *3 確信がもてない場合は喉頭鏡で展開し声門を通過しているか確認
- *4 単独では100%正確ではないので他の所見と合わせて総合的に判断する
- *5 喉頭展開と気管挿管の試行は原則として合計で最大2回まで
- *6 失敗の原因を考え、スニッフィングポジションの修正やスタイルレットの曲がりを工夫する

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分	救急隊 隊長 氏名	
出場番号	傷病者番号	救急救命士 氏名	
出場先	市 郡 町 丁目 番 号	<input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ()	
傷病者住所氏名等	市 郡 町 丁目 番 号	発生場所	電話 () 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 () M T S H 年 月 日 (歳)
初診医所見等	収容医療機関名称所在地	初診時傷病名	
	※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄	記入時刻 : 医師署名	
		初診時程度 <input type="checkbox"/> 死 亡：初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重 症：三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症：傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽 症：軽症で入院を要しない	
救急要請の概要			
現場到着・接触時の状況			
傷病者情報	既往症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名： 現病名： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名： 通院医療機関：		
主訴等	自覚症状等： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明：理由 痛みの部位： 性状：		
救急隊到着時の所見	状態： <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位：右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 () 表情： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 () 顔貌： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 () 出血： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り： <input type="checkbox"/> 外出血 部位： <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> その他 () 出血量：(少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位： 痙攣： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状： / 嘔吐： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 失禁： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (大・小) <input type="checkbox"/> 不明 四肢変形： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位 <input type="checkbox"/> 熱傷：Ⅱ度 %部位： Ⅲ度 %部位 死亡徴候： <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑：部位 <input type="checkbox"/> 他		
	初期 ECG		
	<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> その他 ()		

※ 初診時程度が重症又は死亡のもので、本救急活動等に関する意見があり、後日消防本部からの連絡が必要な場合は上記項目「要連絡」にチェックしてください。ご意見は事後検証に活用させていただきます。

※ 本紙については傷病者収容時に可能な限り記載し、未記載部分については医療機関の必要に応じて帰署後に情報提供できるようにすること。

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 隊員氏名	
出場番号	傷病者番号	救急救命士氏名		
		事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ()		
		発生場所		
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 () (歳)		
初診医 所見等	収容医療機関名称 所在地		初診時傷病名	
			記入時刻	
			医師署名	
※ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 要連絡：下記項目でご意見のある場合は○印をつけてください。 1. 除細動 2. 気道確保 3. 静脈路確保 4. その他 意見欄		初診時程度別 <input type="checkbox"/> 死 亡：初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重 症：三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症：傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽 症：軽易で入院を要しないもの		

引継日時	平成 年 月 日 () 時 分		救急隊 隊長氏名		
出場番号	傷病者番号	事故種別 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 加害 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 水難 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 自損 <input type="checkbox"/> 他 ()			
出場先	市部 町 丁目 番 号		発生場所		
傷病者住所氏名等	市部 町 丁目 番 号		電話 () 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 職業 () MTSH 年 月 日 (歳)		
収容医療機関名称所在地			初診時傷病名		
			記入時刻		
不救護理由拒否者署名			初診時程度 <input type="checkbox"/> 死亡：初診時死亡が確認されたもの <input type="checkbox"/> 重症：三週間以上の入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 中等症：傷病の程度が重症又は軽症以外のもの <input type="checkbox"/> 軽症：軽症で入院を要しない		
死亡確認時医師署名	死亡確認医師署名 <input type="checkbox"/> 往診医師 <input type="checkbox"/> 臨場医師 <input type="checkbox"/> 医師要請医師 死亡確認 確認時刻				
救急要請の概要					
現場到着・接触時の状況					
傷病者情報	既往症： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：		現病名： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 病名：		
主訴等	自覚症状等： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明：理由				
	痛みの部位： 性状：				
救急隊現着時の所見	状態： <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 仰臥位 <input type="checkbox"/> 側臥位：右・左 <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 半座位 <input type="checkbox"/> 他 ()				
	表情： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 苦悶 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 無表情 <input type="checkbox"/> 泣く <input type="checkbox"/> 他 ()				
	顔貌： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 蒼白 <input type="checkbox"/> 紅潮 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 他 ()				
	出血： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り： <input type="checkbox"/> 外出血 部位： <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 性器出血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> その他 () 出血量：(少 中 多) <input type="checkbox"/> 創傷・種類 部位： / 嘔吐： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 嘔気： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
	痙攣： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 性状：				
	失禁： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(大・小) <input type="checkbox"/> 不明 / 麻痺 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位				
	四肢変形： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り：部位				
	<input type="checkbox"/> 熱傷：Ⅱ度 %部位： Ⅲ度 %部位				
	死亡徴候： <input type="checkbox"/> 四肢硬直 <input type="checkbox"/> 死斑：部位 <input type="checkbox"/> 他				
	初期 ECG		心停止の目撃		バイスタンダー-CPR の状況
<input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> 心静止 <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 目撃者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> 他 () 目撃時刻： <input type="checkbox"/> 推定 <input type="checkbox"/> 確定 <input type="checkbox"/> 不明 性状： <input type="checkbox"/> 突然 <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 () 資格：() CPR <input type="checkbox"/> 頭指導： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 指令員 <input type="checkbox"/> 他 () 処置内容： <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 他 ()	
心停止の推定原因					
<input type="checkbox"/> 非心原性 () <input type="checkbox"/> 心原性 推定原因： <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ニト <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 既往歴					
他の市民処置： <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 止血処置 <input type="checkbox"/> その他 () 実施者： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 他 ()					
病院選定等	病院選定・経過等		選定者： <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	連絡開始時刻		病院決定時刻		
転送経過	要請病院名：		要 請 内 容		
	要請医師名：				
病院選定： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 本部					
同乗管理 <input type="checkbox"/> 医師同乗 <input type="checkbox"/> 看護師同乗 <input type="checkbox"/> その他					

救急活動記録票

救命処置等	除細動	気道確保	静脈路確保	医師連携による 医師の処置記入欄 実施者氏名
	実施場所 () <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> pulseless VT 確認時刻 : <input type="checkbox"/> 単相性波形 <input type="checkbox"/> 二相性波形 1回目 (J :) 2回目 (J :) 3回目 (J :) 確認時刻 : 4回目 (J :) 5回目 (J :) 6回目 (J :) 結果 : 中止・未実施理由 :	<input type="checkbox"/> 用手 () <input type="checkbox"/> 口咽頭 (7) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭 (7) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> WB <input type="checkbox"/> マシチューブ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 気管挿管 : <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 サイズ mm 初容量 ml 固定位置 cm 実施場所 () 実施時刻 : 換気 : <input type="checkbox"/> バック <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 O ₂ %/m 回/m <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 抜去 理由 :	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 中止 実施場所 () 実施時刻 : 血管確保 部位 G 中止・未実施理由 : 実施者 : <input type="checkbox"/> 救命士 <input type="checkbox"/> 医師 氏名	
指示要請 その他医師からの 指導内容	<input type="checkbox"/> 受けられず <input type="checkbox"/> 未要請 理由 :		指示・指導医氏名 要請時刻・内容 実施者 所属病院 指示・指導内容等	
観察・処置の経過	実施時刻			時間経過
	意識			覚知 : _____
	呼吸			出場 : _____
	脈拍			現着 : _____
	ECG			接触 : _____
	血圧			現発 : _____
	瞳孔			到着 : _____
	SpO ₂			収容 : _____
	体温			連携活動等
	処置判断等			<input type="checkbox"/> 消防隊連携 <input type="checkbox"/> Dr CAR 連携 <input type="checkbox"/> Dr ヘリ連携 <input type="checkbox"/> ヘリ連携 <input type="checkbox"/> 救助水難活動
	その他適用 必要事項			