

様式3の1(第9条関係)

指示記録票(湘南MC:心肺停止傷病者用) 整理番号:

受付日時	平成 年 月 日 () 曜日					時	分
指示内容	<input type="checkbox"/> 気道確保(LT等・気管挿管) <input type="checkbox"/> 静脈路 <input type="checkbox"/> 薬剤(アドレナリン)投与 <input type="checkbox"/> 指導・助言		指示時刻	時 分			
			救命士名				
消防本部名			救急隊名				
傷病者氏名			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
救急要請の状況	時間経過(入電、現場到着、現場出発、病院到着など)						
	発生時刻・場所・状況及び隊連携など						
傷病者の状況	呼吸、脈拍、初期心電図など						
	既往歴、かかりつけなど						
バイスタンダー情報	<input type="checkbox"/> 頭指導						
	<input type="checkbox"/> 応急手当						
	<input type="checkbox"/> 目撃情報						
気道確保	気道器具						
	挿管適応判断						
	挿管除外判断						
気管挿管	指示時刻、実施者など						
気管挿管経過	時間経過、実施場所、Cormack、固定、確認状況など						
気道確保結果	換気状態、実施結果など						
静脈路	静脈路確保状況、部位など						
薬剤(アドレナリン)投与の状況	適応						
	1回目	実施時刻、効果確認、心電図、除細動実施状況など					
	2回目						
	3回目						
病着時状況	薬剤投与	計 回	頸動脈触知	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	心電図		
	除細動	計 回	自発呼吸	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他		
指導・助言内容							
収容先医療機関				担当医師			
初診時診断名	<input type="checkbox"/> 心拍再開(:) <input type="checkbox"/> 死亡確認(:) <input type="checkbox"/> 処置中(:) <input type="checkbox"/> 入院						
最終交信時刻	:	医療機関名			医師署名		