

指示記録票(非CPA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"/> 静脈路 <input type="checkbox"/> 輸液(心停止前) <input type="checkbox"/> 薬剤(ブドウ糖)投与 <input type="checkbox"/> 指導助言			指示時刻	時 分	
救急隊	消防本部名			救急救命士氏名 (救急隊員氏名)		
	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	バイタルサイン、観察結果、現病歴、主訴、既往歴及び通院医療機関など					
静脈路	実施時刻、実施者名					
	実施結果、輸液量、滴下速度など					
輸液 (非CPA)	輸液適応、実施時刻、輸液量、滴下速度など					
ブドウ糖投与	実施時刻、実施者、投与回数、再評価結果など					
指導・助言	助言等の内容					
収容先医療機関				担当医師		
初診時診断名	( )			<input type="checkbox"/> 処置中( : )	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 帰宅
最終交信時刻	:	医療機関名			医師署名	