

緊急時対応記録票の例



ダウンロードは
こちらから

| 保健室外救護記録 | | | | |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|-------|
| 日付： | 年 月 日 () | 対応者： | | 記録者： |
| 対応開始時間 | 時 分 | 対応終了時間 | 時 分 | |
| 傷病者 | 年 組 氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 発生時間 | 時 分頃 <input type="checkbox"/> 始業前 <input type="checkbox"/> () 校時 () の時間 <input type="checkbox"/> 中休み <input type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> 放課後 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 場 所 | <input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 校庭 <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 受傷状況 | 前 後 | | | |
| 状態 (疑い含む) | <input type="checkbox"/> 心停止 <input type="checkbox"/> 頭頸部外傷 <input type="checkbox"/> 熱中症 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 低体温 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 気分不快 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ・めまい・失神 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 筋損傷 <input type="checkbox"/> 筋断裂 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 歯の怪我 <input type="checkbox"/> 眼の怪我 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 対応内容 | <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> 救急車要請 <input type="checkbox"/> 医療機関搬送 <input type="checkbox"/> 医療機関受診促し <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> RICE処置 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 保護者連絡 | | | |

確認事項

| | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|
| 時間 | : | : | : | : |
| 呼吸 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 |
| 脈拍 | 回/分 | 回/分 | 回/分 | 回/分 |
| 血圧 | / | / | / | / |
| 体温 | ℃ | ℃ | ℃ | ℃ |

バイタルサイン

| | |
|-----|-------------------|
| 顔 色 | 普段どおり・チアノーゼ・蒼白・紅潮 |
| 出血量 | 有(多・少)・無 部位 () |
| 痛 み | 有(強・弱)・無 部位 () |
| | |
| | |

BLS実施

| | | | | |
|-----------|-------|------|------|------|
| CPR | 開始時間 | 実施者 | | |
| | : | | | |
| AED 使用 | パット装着 | 解析① | 解析② | 解析③ |
| | : | ショック | ショック | ショック |
| | | 不要 | 不要 | 不要 |

医療機関搬送

| | |
|--------|---|
| 119番時刻 | : |
| 引継ぎ時刻 | : |
| 付添人 | |
| 搬送病院 | |