

緊急対応日 2006 年 10 月 14 日

発生時刻 11 時 25 分頃 救急要請時間 11 時 40 分頃

救急車要請時対応シート

フリガナ ハイ キュウ タ ロウ	住所 東京都排球区排球町 2000-17
氏名 排球太郎	
生年月日 10 年 8 月 14 日 20 歳	TEL ( 03 ) 5244 - 4804
性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 同乗者 排球花子 ( 2 名)	緊急連絡先 氏名 排球 一郎 続柄 父
アレルギーの有 ( ) <input checked="" type="radio"/> 無	住所 同上
病歴 なし かかりつけ病院 なし	TEL ( ) 同上 -

救急要請内容 ( 試合中床に頭部を強打 )  
 救急隊員が到着するまでの手当 ( 傷病者を安静にし頭部を冷却 )

呼吸数 14 回/分	脈拍数 75 回/分	血压 測定できず mmHg
体温 36.5 °C	血液型 <input type="checkbox"/> A型 <input checked="" type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型	

該当項目にチェックを入れ、患部に○をつけて該當時刻を記入する。

顔

- 物が二重に見える 11:40頃
- 視野が欠ける \_\_\_\_\_ 頃
- ろれつが回りにくい、うまく話せない 11:40頃
- 顔色が明らかに悪い \_\_\_\_\_ 頃

頭

- 意識がない \_\_\_\_\_ 頃
- 倒れて動かない 11:35頃
- 歩くのが不安定 \_\_\_\_\_ 頃
- 突然の激しい頭痛 11:35頃

腹

- 突然の激しい腹痛 \_\_\_\_\_ 頃
- 持続する激しい腹痛 \_\_\_\_\_ 頃
- 吐血や下血がある \_\_\_\_\_ 頃

胸・背中

- 胸の突然の激痛 \_\_\_\_\_ 頃
- 急な息切れ、呼吸困難 \_\_\_\_\_ 頃
- 胸部中央が締め付けられるような痛みが 2~3分続く \_\_\_\_\_ 頃
- 痛む場所が移動する \_\_\_\_\_ 頃
- 背中に痛みがある \_\_\_\_\_ 頃

手・足

- 患部の腫れと激痛 \_\_\_\_\_ 頃
- 関節が不安定 \_\_\_\_\_ 頃
- 手・足のしびれ \_\_\_\_\_ 頃
- アキレス腱の痛み \_\_\_\_\_ 頃
- 爪先立ちができない \_\_\_\_\_ 頃

※意識の障害

- 意識がない(返事がない)又はおかしい(もうろうとしている) \_\_\_\_\_ 頃
- ぐったりとしている \_\_\_\_\_ 頃

※切り傷の部位

- 中・大量の出血を伴う外傷 11:25頃
- 頭部 顔面 胸部・背中 腹部 手・足

※痙攣

- 痙攣が止まらない \_\_\_\_\_ 頃
- 痙攣が止まって、意識が戻らない \_\_\_\_\_ 頃

※吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気 \_\_\_\_\_ 頃

この傷病者はドーピング検査対象候補者ですので医療機関への連絡をお願いいたします

その他の連絡事項	保護者への連絡 11 時 40 分頃 <input checked="" type="radio"/> 連絡済み <input type="radio"/> 連絡取れず
	受診病院 ○○○○病院 電話番号 03-○○○○-○○○○
	初診時の傷病名 頭部座礁 傷病の程度 軽度・ <input checked="" type="radio"/> 中度・重度

緊急対応日 平成 年 月 日

**救急車要請時対応シート**

発生時刻 時 分頃 救急要請時間 時 分頃

ふりがな	住所
氏名	
昭・平 年 月 日 歳	TEL ( ) —
性別 男・女 同乗者 ( 名)	緊急連絡先 氏名 続柄
アレルギーの有 ( )・無	住所
病歴	かかりつけ病院 TEL ( ) —

救急要請内容 ( )  
 救急隊員が到着するまでの手当 ( )

呼吸数	回/分	脈拍数	回/分	血圧	mmHg
体温	℃	血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型		

該当項目に☑チェックを入れ、患部に○をつけて該当時刻を記入する。

**顔**

- 物が二重に見える \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 視野が欠ける \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- ろれつが回りにくい、  
うまく話せない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 顔色が明らかに悪い \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**頭**

- 意識がない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 倒れて動かない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 歩くのが不安定 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 突然の激しい頭痛 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**腹**

- 突然の激しい腹痛 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 持続する激しい腹痛 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 吐血や下血がある \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**胸・背中**

- 胸の突然の激痛 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 急な息切れ、呼吸困難 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 胸部中央が締め付け  
られるような痛みが  
2～3分続く \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 痛む場所が移動する \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 背中に痛みがある \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**手・足**

- 患部の腫れと激痛 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 関節が不安定 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 手・足のしびれ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- アキレス腱の痛み \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 爪先立ちができない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**※意識の障害**

- 意識がない（返事がない）又は  
おかしい（もうろうとしている） \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- ぐったりとしている \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**※切り傷の部位**

- 中・大量の出血を伴う外傷 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 頭部    顔面    胸部・背中    腹部    手・足

**※痙攣**

- 痙攣が止まらない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃
- 痙攣が止まって、意識が戻らない \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

**※吐き気**

- 冷や汗を伴うような強い吐き気 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 頃

この傷病者はドーピング検査対象候補者ですので医療機関への連絡をお願いいたします

その他の連絡事項	保護者への連絡 時 分頃 連絡済み	連絡取れず
	受診病院	電話番号
	初診時の傷病名	傷病の程度 軽度 ・ 中度 ・ 重度

緊急対応日 平成 年 月 日

救急車要請時対応シート

発生時刻 時 分頃 救急要請時間 時 分頃

ふりがな	住所
氏名	
昭・平 年 月 日 歳	TEL ( ) —
性別 男・女 同乗者 ( 名)	緊急連絡先 氏名 続柄
アレルギーの有 ( )・無	住所
病歴	かかりつけ病院 TEL ( ) —

救急要請内容 ( )  
 救急隊員が到着するまでの手当 ( )

呼吸数	回/分	脈拍数	回/分	血圧	mmHg
体温	℃	血液型	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> O型 <input type="checkbox"/> AB型		

該当項目に☑チェックを入れ、患部に○をつけて該当時刻を記入する。

顔

- 物が二重に見える : 頃
- 視野が欠ける : 頃
- ろれつが回りにくい、うまく話せない : 頃
- 顔色が明らかに悪い : 頃

頭

- 意識がない : 頃
- 倒れて動かない : 頃
- 歩くのが不安定 : 頃
- 突然の激しい頭痛 : 頃

腹

- 突然の激しい腹痛 : 頃
- 持続する激しい腹痛 : 頃
- 吐血や下血がある : 頃

胸・背中

- 胸の突然の激痛 : 頃
- 急な息切れ、呼吸困難 : 頃
- 胸部中央が締め付けられるような痛みが2～3分続く : 頃
- 痛む場所が移動する : 頃
- 背中に痛みがある : 頃

手・足

- 患部の腫れと激痛 : 頃
- 関節が不安定 : 頃
- 手・足のしびれ : 頃
- アキレス腱の痛み : 頃
- 爪先立ちができない : 頃

※意識の障害

- 意識がない(返事がない)又はおかしい(もうろうとしている) : 頃
- ぐったりとしている : 頃

※切り傷の部位

- 中・大量の出血を伴う外傷 : 頃
- 頭部  顔面  胸部・背中  腹部  手・足

※痙攣

- 痙攣が止まらない : 頃
- 痙攣が止まって、意識が戻らない : 頃

※吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気 : 頃

この傷病者はドーピング検査対象候補者ですので医療機関への連絡をお願いいたします

その他の連絡事項	保護者への連絡 時 分頃 連絡済み 連絡取れず