

野田市消防本部告示第2号

野田市救急業務実施規程(令和3年野田市消防本部訓令第2号)の施行に関し必要な様式のひな型を別紙のとおり定め、令和3年2月1日から施行する。

令和3年1月28日

野田市消防長 菅野 透

消 毒 実 施 簿

署 中 北 南 関 出

所属長	救急隊長

車 両 名 _____
 実施年月 _____ 年 _____ 月 No. _____

第1号様式 (第35条関係)

定期消毒(清拭)		
日付	消毒内訳	実施者
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	

特別消毒(清拭)		
日付	1・2・3・他()	実施者
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	

使用後消毒(清拭)		
日時	消毒内訳	実施者
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	

使用後消毒(清拭)		
日付	消毒内訳	実施者
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	

使用後消毒(清拭)		
日付	消毒内訳	実施者
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	
日 :	1・2・3・他()	

1	グルコン酸クロルヘキシジン
2	消毒用エタノール
3	次亜塩素酸ナトリウム

第2号様式（第40条）

救急搬送証明願

年 月 日

（宛先）野田市消防長

救急搬送について、次の事項を証明願います。

救急事故概要（証明する内容）

発 生 日 時	年 月 日（ 曜日）	時 分頃
発 生 場 所		
傷病者	住 所	
	氏 名	
搬送先医療機関		

窓口に来た人

住 所	
氏 名	
搬送された方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者または同居の親族（※） <input type="checkbox"/> 別居の親族（※） <input type="checkbox"/> その他（※） <p style="text-align: right;">※本人の委任状（任意様式）が必要です。</p>
証明書の提出先	

本人確認書類（※職員記入欄）

<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

第3号様式 (第42条関係)

救急活動報告書			消防署長	副署長	分署長	出張所長	係長	救急隊長
覚知日時	年 月 日 () 時 分			作成日	年 月 日		出場番号	
出場場所				所 属				
場所区分				出場隊				
通報者				報告者				
通報区分				事故種別		自動車道		
通報内容				転院理由		上下区分		
通信員				搬送者数		不搬送理由		
指 令	時 分	覚知～指令	分	連携活動	<input type="checkbox"/> 消防隊 <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> ドクターカー <input type="checkbox"/> ヘリ <input type="checkbox"/> 救急隊 <input type="checkbox"/> 救助隊 <input type="checkbox"/> 他			
出 場	時 分	覚知～現着	分	隊 長				
現場到着	時 分	現着～車内	分	機 関 員				
車内収容	時 分	現着～現発	分	隊 員				
現場出発	時 分	現発～病着	分	隊 員				
病院到着	時 分	覚知～病着	分	同 乗 者				
医師引継	時 分	病着～引継	分					
引 揚	時 分	病着～引揚	分	出場～現場	km	現場～医療	km	
帰 署	時 分	覚知～帰署	分	医療～帰署	km	出場～帰署	km	
概要 / 備考								

氏 名		事故種別		
		生年月日	年 月 日	
住 所		年 齡	歳 日	
		職 業		
電話番号		国 籍		
傷病名		既往歴		
傷病程度		通院病院		
収容機関		選定理由	病院問合	回
病院問合 1		連絡開始 1	時 分	連絡完了 1 時 分
2		2	時 分	2 時 分
3		3	時 分	3 時 分
4		4	時 分	4 時 分
5		5	時 分	5 時 分
転送病院 1		病院到着 1	時 分	病院出発 1 時 分
2		2	時 分	2 時 分

現場到着時の状況			
接 触	時分	現着～接触	分
自覚症状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		出 血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
痛みの部位			出 血 種 類 <input type="checkbox"/> 外出血 部位： <input type="checkbox"/> 吐血 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喀血 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 性器出血
状 態			創 傷 部位： II度面積 % III度面積 %
表 情			熱 傷 <input type="checkbox"/> 四肢硬直
顔 貌			死 亡 徴 候 <input type="checkbox"/> 死斑 部位： <input type="checkbox"/> その他 部位：
痙 攣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 性状：		死 亡 確 認 時 分
四 肢 変 形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位：		医 師 名
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位：		
嘔 吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
嘔 気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小便 <input type="checkbox"/> 大便 <input type="checkbox"/> 不明		

観 察 時 点	時分	時分	時分
J C S	<input type="checkbox"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直	<input type="checkbox"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直	<input type="checkbox"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 除脳硬直 <input type="checkbox"/> 喪失 <input type="checkbox"/> 除皮質硬直
G C S	E V M 計 点	E V M 計 点	E V M 計 点
呼 吸	回/分	回/分	回/分
脈 拍	回/分	回/分	回/分
血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
S p O ₂	% O ₂ L → %	% O ₂ L → %	% O ₂ L → %
体 温	℃	℃	℃
瞳 孔	左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 偏視 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 不同右>	左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 偏視 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 不同右>	左 mm 対光 右 mm 対光 <input type="checkbox"/> 縮瞳 <input type="checkbox"/> 拡大 <input type="checkbox"/> 不同左> <input type="checkbox"/> 偏視 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 不同右>
顔 貌			
心 電 図			
麻 痺 の 他 見			

救急隊 応急処置	<input type="checkbox"/> 血中酸素 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 除細動	応急手 当協力者	住所	
	<input type="checkbox"/> 聴診器 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 静脈路確保		氏名	関係
	<input type="checkbox"/> 血圧測定 <input type="checkbox"/> 冷却 <input type="checkbox"/> 薬剤投与		<input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 気道異物除去	
	<input type="checkbox"/> 保温 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 血糖測定		<input type="checkbox"/> 被覆 <input type="checkbox"/> 熱傷手当 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 除細動 回	
	<input type="checkbox"/> 被覆 <input type="checkbox"/> 気道確保 <input type="checkbox"/> 在宅療法		<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 指趾切断手当 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 止血 <input type="checkbox"/> 胸骨圧迫 <input type="checkbox"/> その他処置		<input type="checkbox"/> 体位 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生	
	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 心肺蘇生			
備考				

