**傷病者救護記録 ひな形**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 作成記録 | 作成日 |  |
| 作成者氏名 |  | 連絡先 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設情報 | 施設名 |  |
| 施設住所 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 傷病者情報（不明の場合、氏名の欄は特徴を記載・その他の欄は空欄） | 来店時刻 |  | 使用ロッカー№ |  |
| 性別 |  | 年齢（推定） |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 同伴者 | 有・無 | 氏名　　　　　連絡先 |
|  |
| 所持品等 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 救急要請記録 | 要請の有無 |  | 連絡者氏名 |  |
| 要請時刻 |  | 到着時刻 |  |
| 搬送時の状態 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要救護の概要 | 発生日時 |  | 発生場所 |  |
| 傷病者の状態 | 症状 |  |
| 意識状態 |  |
| 呼吸状態 |  |
| 脈拍 |  |
| 血圧 |  |
| 皮膚状態 |  |
| その他状況 |  |

|  |
| --- |
| 救護活動の記録（５W１Hを意識し、時系列で表記すること） |
| 協力者の記録第一報の情報 | 氏名 | 連絡先 | 協力内容　その他の記録 |
|  |  |  |
|  |  |
| ファーストエイド活動記録（実施した電気ショックの回数など救命処置の内容も記載） |
|  |  |
| 周囲のお客様から聞き取った事項（目撃した情報など／可能であれば氏名、連絡先も確認） |
|  |