

様式3の2(第9条関係)

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	