

第1回調査票(現行)

- A 傷病者氏名(カナ)
 B 年齢 歳
 C 性別 (1男 2女)
 D 救急隊名 隊
 E 覚知日時 平成 年 月 日 時 分
 F 搬送先医療機関
 G 到着時分 時 分
 H 脳卒中疑い (1判断 2非該当)
 I 転送(脳卒中の場合のみ)
 (1あり 2なし 3受入れ)
 J 収容後転院搬送 (1あり 2なし)
 K 事故・発症情報(脳卒中を判断しなかった理由)
 L 観察項目
 1意識障害(1有「JCS: 」・2無)
 2呼吸(1正常「 回/分」・2異常「 回/分」)
 3脈拍・血圧(脈拍「 回/分」・血圧 / mmHg)
 4SPO2= %・心電図=
 5顔貌(1正常・2蒼白・3紅潮・4無表情・5チアノーゼ)
 6CPSS 顔面(1正常・2右・3左)
 上肢(1正常・2右・3左)
 下肢(1正常・2右・3左)
 言語障害 1有・2無(嚥下障害:1有・2無)
 7瞳孔(対光反射1有・2無)(眼瞼下垂:1有・2無)
 1正常・2異常(1散大5mm・2縮瞳2mm・3偏視・4斜視)
 8外傷(1有「部位: 」・2無)
 9既往症1有・2無 (1糖尿病・2心疾患・
 3高血圧症・4その他「 」)
 10その他
 1頭痛・2嘔気・3嘔吐・4痙攣・5眩暈・6失禁・7発汗・
 8冷汗・9温感・10痺れ・11垂涎・12その他()
 M 時系列
 1発症日時 1確定・2推定(時 分)3不明
 2医療機関選定 脳卒中 1A・2B・3その他
 3選定者 1救急隊 2警防本部 3傷病者等 4医師
 4選定回数・所要時間 箇所 分
 N 医療機関連絡経過 ※ ()内は脳卒中A・B及び
 別表のコードを記入
 1 病院 時 分～ 時 分 () ()
 2 病院 時 分～ 時 分 () ()
 3 病院 時 分～ 時 分 () ()
 4 病院 時 分～ 時 分 () ()
 5 病院 時 分～ 時 分 () ()

第2回調査票(案)

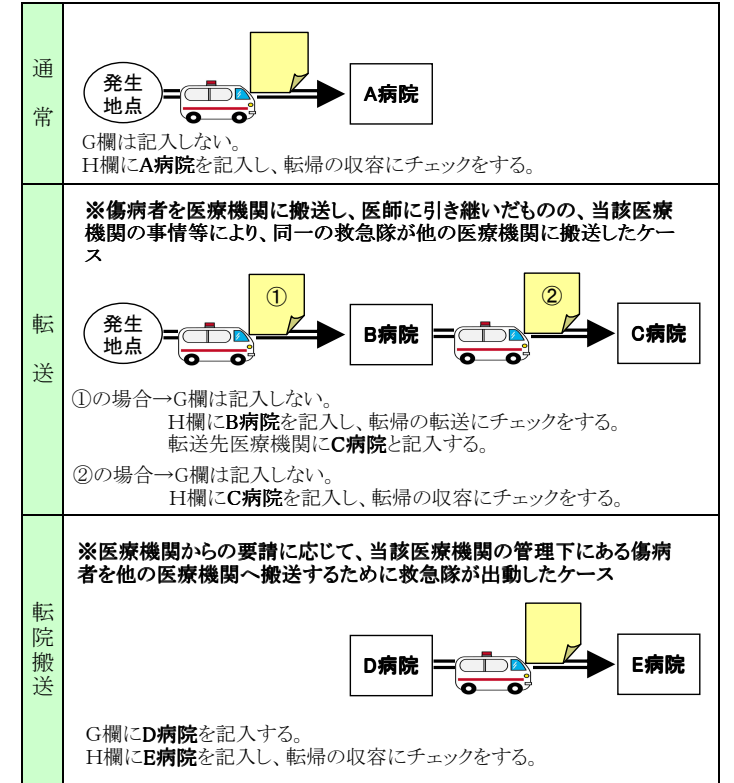
- A 傷病者氏名(カナ) _____
 B 年齢 _____ 歳
 C 性別 (男 女)
 D 救急隊名 _____ 隊
 E 覚知日時 _____ 月 日 時 分
 F 医療機関到着日時 _____ 月 日 時 分
 G 転院搬送の場合 → 転院元医療機関: _____
 H 搬送先医療機関: _____
 転帰 (収容 転送 → 転送先医療機関: _____)
※H「搬送先医療機関」転帰で転送の場合のみ、以下の記載不要。
 I 事故概要・発症情報
 ・突然の激しい頭痛の有無 (無 有 不明)
 ・突然の意識障害の有無 (無 有 不明)
 ・突然の激しいめまいの有無 (無 有 不明)
 J 脳卒中判断 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)
重症以上で三次救急へ搬送
中等症以下の場合
ア 救急隊が 脳卒中と判断した
イ 救急隊が 脳卒中と判断しなかった
ウ 救急隊以外(医師)が 脳卒中と判断した
エ 救急隊以外(医師)が 脳卒中と判断しなかった
 K 観察項目
 1 JCS 清明 1 2 3 10 20 30 100 200 300
 2 呼吸 _____ 回/分 → 性状: 正常 異常 ()
 3 脈拍 _____ 回/分 → 性状: 整 不整 ()
 4 血圧 _____ / _____ mmHg
 5 SPO2 _____ % 心電図 (整 不整)
 6 顔貌 (正常 異常 → 性状: 蒼白・紅潮・無表情・チアノーゼ)
 7 CPSS 顔面のゆがみ (無 有 不明)
 上肢の麻痺 (無 有 不明)
 言語障害の有無 (無 有 不明)
 8 下肢の麻痺 (無 有 不明)
 9 嚥下障害の有無 (無 有 不明)
 10 瞳孔の大きさ (右 mm 左 mm)
 11 対光反射 右 (正常 にぶい 反射なし)
 左 (正常 にぶい 反射なし)
 12 偏視 (無 有 → 性状: ()
 13 眼瞼下垂 (無 有 不明)
 14 外傷 (無 有 → 部位: ()
 15 その他の症状
嘔気 嘔吐 痙攣 失禁 冷汗 痺れ
垂涎 視覚(視力・視野)障害 その他 ()
 16 既往症の有無 (無 有 不明)
 → 有の場合(複数回答可):
脳卒中 (→ 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 不明)
高血圧症 糖尿病 心疾患
その他 ()
 L 搬送先医療機関を選定した理由
三次救急医療機関 脳卒中A 脳卒中B
二次救急・その他(→科目:)
 M 医療機関選定者
救急隊 警防本部 医師 ()
傷病者・家族等 (→理由: かかりつけ希望 特定の医療機関希望)
 N 医療機関選定回数・所要時間 箇所 分
 O 医療機関連絡経過 **※脳卒中急性期医療機関を選定した場合のみ記入**
 1 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 2 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 3 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 4 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本
 5 病院 : ~ : 脳卒中A・B 隊 警本

＜記入上の注意事項＞

※E欄、F欄の時間数は0～24で記入すること。
 14時 × 午後2時

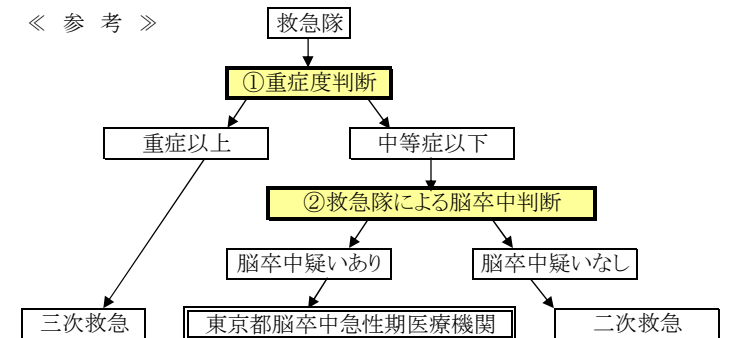
※F欄は医師への引き継ぎ時間を含めない。

※G欄、H欄は以下のとおり記入すること。



※I欄は事故の概要、傷病者の状況等を簡潔に記入すること。

※J欄は、傷病者の症状等により脳卒中かどうかの判断について記入する。
 例) 現場にいた往診医師が脳卒中と診断した →ウにチェック
 例) 救急隊指導医の助言により脳卒中と判断しなかった →エにチェック



※L欄は、どの医療機関を選定したかを記入する。
 例) 三次救急医療機関でもあるF病院を、脳卒中A病院として選定した。
 →脳卒中Aにチェック
 例) 脳卒中A病院でもあるG病院を、外科病院として選定した。
 →その他にチェックし、診療科目名を「外科」と記入する。

※M欄は、誰が医療機関を選定したかを記入する。

※O欄で、6件以上の医療機関に連絡をとった場合は別紙に記入すること。