

## 119番転送 (赤判定)チェックシート

名前： \_\_\_\_\_

年 月 日判定開始時間	:	個票番号：
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 妊婦		年齢： 歳
検証1. バイタルサイン： <input type="checkbox"/> 反応 <input type="checkbox"/> 気道 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 循環 <input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 該当なし		
検証2. 使用プロトコル		
	プロトコル名	コメント欄
1		
2		
3		
ワンランクアップ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 薬の服用 <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 動けない <input type="checkbox"/> その他 ( )		
検証3. 想定疾患名：		
検証4. 対応時間（受付除く）： 分 秒		
搬送結果： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 不搬送 <input type="checkbox"/> その他 (記入日： 年 月 日)		

## 119番へかけ直し・辞退 (赤判定)チェックシート

名前： \_\_\_\_\_

年 月 日判定開始時間	:	個票番号：
性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 妊婦		年齢： 歳
赤判定になった理由：		
ワンランクアップ： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無      バイスタンダー： <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
119番へのかけ直し辞退（医療機関案内）の理由：		