

第1号様式（第14条関係）（A4）

[illegible]

第 2 号様式（第14条関係）（A 4）

署長

副署長

担当司令

担当

救急活動記録

救急隊

車両番号 A

災害番号

-

-

出場番号

傷病者番号

事故件数

覚知種別

覚知日

平成

年

月

日

()

受令場所

事故種別

活動区分

時間・距離

覚知時刻

:

発生場所

指令時刻

:

発生区分

発生階層

出場時刻

:

傷氏名

フリガナ

居住区分

現場到着時刻

:

傷病者接触時刻

:

傷病者住所

生年月日

歳

()

性別

要保護

車内収容時刻

:

搬送開始時刻

:

初診時傷病名

病院到着時刻

:

搬送先

医療機関名

開設主体

引継医師

医師

引揚時刻

:

診療科目

傷病程度

傷病種別

帰署時刻

:

現場まで距離

km

転院

医療機関名

開設主体

転院理由

現場から病院全距離

km

元

医療機関同乗者

中継区分

→

連携

☐

他救急隊

☐

消防隊

☐

救助隊

☐

医師要請

☐

ドクター

☐

ドクヘリ

☐

防災ヘリ

☐

他

転送

転送1

医療機関名

理由

処置

同乗

医療体制

開設主体

到着

出発

転送2

医療機関名

理由

処置

同乗

医療体制

開設主体

到着

出発

転送3

医療機関名

理由

処置

同乗

医療体制

開設主体

到着

出発

転送4

医療機関名

理由

処置

同乗

医療体制

開設主体

到着

出発

転送回数

回

医療機関選定理由

選定経過

選定者

連絡回数

回

選定時間

分

指令内容

口頭指導

指令員

救急隊

事故概要

()

現場到着時所見

主訴又は症状

顔色

表情

皮膚

受傷機転

意識 JCS

GCS(E

V

M

)

呼吸状態

呼吸数

回/分

呼吸音

喘鳴

脈拍の状態

脈拍数

回/分

測定部位

心音

体温

℃

血圧

右

/

mmHg

左

/

mmHg

SpO2

%

酸素

L下

瞳孔

右

mm

左

mm

対光反射

右

左

共同偏視

眼瞼結膜

麻痺

痙攣

外出血

四肢変形

嘔吐

心電図

装着時刻

:

所見

頸静脈怒張

熱傷面積

%

気道熱傷

その他の所見

通院中病院

病名

既往歴

ADL

歩行状態

症状分類(現場)

-

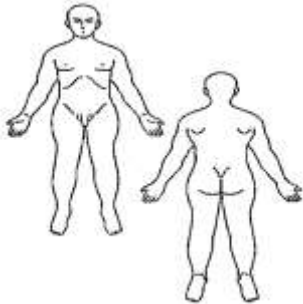
-

緊急度

(その2)

災害番号

—

現場状況				
救急隊処置 ☐止血☐固定☐被覆☐胸骨圧迫 ☐心肺蘇生☐ショックパンツ☐除細動☐保温 気道確保(☐エアウェイ☐異物除去☐特定器具☐用手) ☐人工呼吸☐酸素投与☐静脈路確保☐アドレナリン投与 ☐β刺激薬☐血糖値☐エピペン☐ブドウ糖				
気管挿管 時刻場所施行回数回 サイズmmカフ容量ml固定位置cm				
薬剤 1回目時刻場所 (CPA2回目時刻場所 以外)1回目時刻場所 薬剤(CPA)2回目時刻場所 除細動1回目時刻場所 2回目時刻場所				
静脈路確保()時刻場所				
薬剤特記事項				
特定行為指示	医師機関名		指示	時刻 :
	医師機関名		指示	時刻 :
	医師機関名		指示	時刻 :
	4回目以降指示内容			
指示特記事項				
特定行為同意者				
現場応急処置気道確保酸素投与L/分人工呼吸 その他				
車内収容後観察応急処置(①意識②呼吸③脈拍④血圧⑤動向⑥SpO2⑦心電図⑧視診⑨聴診⑩触診⑪応急処置⑫搬送体位)				
: : : : : : : :				
病院到着前				
在宅療法維持のための救急隊処置 ☐ 点滴 ☐ 外傷 ☐ その他				
血液付着				
同乗者				
隊長				
機関員				
隊員				
隊員				
備考				
作成者				

第 4 号様式（第17条関係）（A 5）

○

○

傷病者搬送票

収容年月日 時 刻		平成 年 月 日 時 分
発 生 場 所		区 町 丁目 番 号
傷 病 者	氏名等	年 齡 (歳) 男性 女性
	氏名等	年 齡 (歳) 男性 女性
	氏名等	年 齡 (歳) 男性 女性
医 療 機 関 名		(担当医師名)
救 急 隊 名		救急隊 隊長名
備 考		

第 5 号様式（第17条関係）

(災害現場用)		大阪市消防局	
No.	氏 名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住 所 (Address)		電 話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM PM 時 分		トリアージ実施者氏名	
搬 送 機 関 名		収容医療機関名	
トリアージ実施場所		トリアージ区分 0 I II III	
トリアージ実施機関		医 師 救 急 救 命 士 そ の 他	
症状・傷病名			
特記事項			

第 6 号様式（第17条関係）

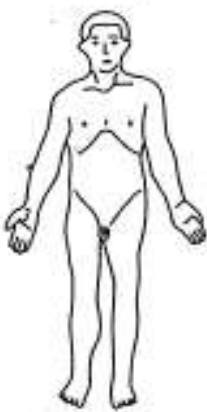
(搬送機関用)		大阪市消防局	
No.	氏 名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住 所 (Address)		電 話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM PM 時 分		トリアージ実施者氏名	
搬 送 機 関 名		収容医療機関名	
トリアージ実施場所		トリアージ区分 0 I II III	
トリアージ実施機関		医 師 救 急 救 命 士 そ の 他	
症状・傷病名			
特記事項			

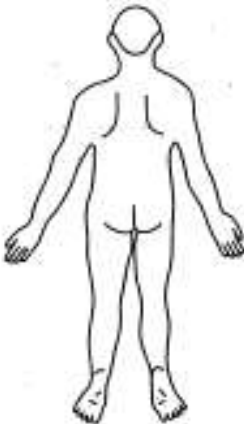
第 7 号様式（第17条関係）（表）

(収容医療機関用)		大阪市消防局	
No.	氏 名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住 所 (Address)		電 話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM 時 分 PM		トリアージ実施者氏名	
搬送機関名		収容医療機関名	
トリアージ実施場所		トリアージ区分 0 I II III	
トリアージ実施機関		医 師 救 急 救 命 士 そ の 他	
症状・傷病名			
特記事項			
0			
I			
II			
III			

第 7 号様式（第17条関係）（裏）

特記事項





0

I

II

III

第 8 号様式（第18条関係）（A 4）

救 急 隊 員 名 簿										
救急隊										
年 月 日										
部 別	階 級	氏 名		生 年 月 日	補 職 年 月 日	資 格 種 別	資 格 取 得 年 月 日	救 急 隊 員 経 験 年 数	選 任 年 月 日	備 考
1 部										
2 部										
解 任 隊 員	部 別	階 級	資 格	氏 名		解 任 年 月 日		備 考		
特 記 事 項										
* 資格欄については、救急救命士は「救」、救急標準課程は「標」、救急Ⅱ課程は「Ⅱ」、 救急Ⅰ課程は「Ⅰ」と記入する。										

第 9 号様式（第19条関係）（A 4）

消 防 局 長 様		消 平成	第 年	月	号 日
		(担当 :			長)
救急資器材の故障等報告					
標題について、次のとおり報告します。					
記					
1	資 器 材 名				
2	発 生 年 月 日				
3	発 生 場 所				
4	故障の種別 故 障 ・ 破 損 ・ 極度の汚染 ・ その他				
5	故障等の箇所				
6	故障等の状況及び理由				
7	そ の 他				

第12号様式（第21条関係）（A 4）

救 急 詳 報															消防署
1 事故発生場所		区 町 丁目 番 号										2 事故種別			
3 事故発生日時		平成 年 月 日 時 分頃			4 覚知日時		平成 年 月 日 時 分頃			5 覚知方法					
6 事故概要												9 出場車両及び人員			
7 死傷者		区 分	計	男	女	消防機関による 搬送人員	消防機関以外に よる搬送人員	その他 (不搬送人員等)		種 別					
		死 者	名	名	名		名		種 別						
		重 症 者	名	名	名		名		警 察						
		中等症者	名	名	名		名		医 療 機 関						
		軽 症 者	名	名	名		名		そ の 他						
		計	名	名	名		名		合 計						
8 搬送経過		救 急 隊 名	人 員	出 場 時 分	現場までの 距離	現場到着時分	傷病者搬送先 医療機関名	搬送人員	告示非告示 の別	開 設 体 主	現場からの 距離	帰 署 時 分	10 この事故による 教訓		
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
			名	：	km	：		名				：			
11 救出活動概要					12 出た理由 死傷者が多数		13 その他必要事項								

第14号様式（第23条関係）（A 4）

		消 平成	第 年	号 月	日
〔 緊急入院保護業務センター長 又は 保健福祉センター所長 〕		様			
		大阪市		長	
要保護傷病者送院通知書					
生活保護法等により、保護を要すると思われる傷病者を搬送しましたので、 次のとおり通知します。					
覚 知 日 時					
発 生 場 所					
傷 病 者	氏 名				
	年 齢				
搬送先医療機関名					
医療機関到着時刻					
搬 送 し た 隊					
備 考					

第15号様式（第25条関係）（A 4）

消防手数料領収書
(添付用)

傷病者搬送証明願

平成 年 月 日

大阪市 長 様

願出人
住 所
氏 名
電話番号 ()

次の救急事故において、傷病者を搬送した証明書の発給をお願いします。

事 故 発 生 日 時	年 月 日 時 分頃		
事 故 発 生 場 所	区 町 丁目 番 号		
傷 病 者 氏 名		性別	男性 女性
搬 送 先			
傷病者と願出人との関係			
提出先及び使用目的	提 出 先	使 用 目 的	

第16号様式（第25条関係）（A 4）

証 明 書 発 給 簿										
課 長 署 長		副 課 長 副 署 長		担当係長 担当司令		担 当		受 付 発 給	・ ・ 第 号 ・ ・	公 印 審 査 取 扱 責 任 者
								証 明 書 の 種 類		文 書 主 任
願 出 人	住 所						提 出 先			
	氏 名						手 数 料	徴 収 免 除	局・署長印 通	
	連 絡 先							免除の理由		
	傷病者との関係									
課 長 署 長		副 課 長 副 署 長		担当係長 担当司令		担 当		受 付 発 給	・ ・ 第 号 ・ ・	公 印 審 査 取 扱 責 任 者
								証 明 書 の 種 類		文 書 主 任
願 出 人	住 所						提 出 先			
	氏 名						手 数 料	徴 収 免 除	局・署長印 通	
	連 絡 先							免除の理由		
	傷病者との関係									
課 長 署 長		副 課 長 副 署 長		担当係長 担当司令		担 当		受 付 発 給	・ ・ 第 号 ・ ・	公 印 審 査 取 扱 責 任 者
								証 明 書 の 種 類		文 書 主 任
願 出 人	住 所						提 出 先			
	氏 名						手 数 料	徴 収 免 除	局・署長印 通	
	連 絡 先							免除の理由		
	傷病者との関係									

第17号様式（第25条関係）（A 4）

傷病者搬送証明書				
No.				
願出人				
証 明 事 項	事故覚知日時			
	事故発生場所			
	傷病者氏名		性別	
	搬送先			
	医療機関等 到着日時			
	搬送救急隊			
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日 大阪市 長 印				

第19号様式（第27条関係）（A 4）

		消	第	号
		平成	年	月 日
（ 緊急入院保護業務センター長 又は 保健福祉センター所長 ）		様		
		大阪市		長
傷病者の搬送について（回答）				
平成 年 月 日付け 第 号で照会がありました標題の件 について、次のとおり回答します。				
記				
1 傷病者氏名				
2 覚知日時				
3 発生場所				
4 搬送先医療機関				
5 医療機関到着日時				
6 搬送救急隊名				

第20号様式（第28条関係）（A 4）

大消 第 号 平成 年 月 日									
様									
大阪市 長 印									
平成 年 月 日付け 第 号で照会のありました標題について、次のとおり回答します。									
記									
1 照会事項									
発生場所									
傷病者氏名等									
覚知日時									
時刻	現場到着		搬送開始		搬送先到着				
搬送先	医療機関名								
	所在地								
現場到着時の傷病者の状態	主訴								
	顔色				表情				
	意識								
	呼吸				呼吸数				
	脈拍				脈拍数				
	血圧								
	S p O 2								
	瞳孔				対光反射				
	麻痺								
	外出血								
	四肢変形								
	心電図								
体位									