

No. _____

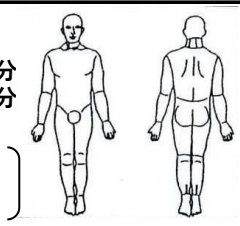
RESCUE REPORT

_____ 海岸(海水浴場 ☐内 ☐外) (西暦) _____ 年 月 日

クラブ名 _____

報告者 _____

(A):全ての救急要請事案で記入
(B):レスキュー事案の場合に記入
(C):心肺停止事案の場合に記入◆(A)傷病者情報 ☐男 ☐女 歳 本件における警察の対応 有・無

行為	自然要因	個人要因	時間経過
<input type="checkbox"/> 海水浴・浮具 あり・なし <input type="checkbox"/> サーフィン <input type="checkbox"/> ボディボード <input type="checkbox"/> スキューバダイビング <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 日焼け <input type="checkbox"/> ビーチでの遊び <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 離岸流に流される <input type="checkbox"/> 沿岸流に流される <input type="checkbox"/> 波に巻かれる <input type="checkbox"/> 風に流される <input type="checkbox"/> 陥没・急深にはまる <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 飲酒(あり・なし・不明) <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> パニック <input type="checkbox"/> 泳力不足 <input type="checkbox"/> 疲労 <input type="checkbox"/> その他()	事故発生 (:) 発生の覚知 (:) ライフセーバー接触 (:) 救護活動開始 (:) 救急車要請 (:) 救急車到着 (:) 救急車現場出発 (:)
主な訴え	傷病詳細(複数回答可)		初期観察結果・負傷部位
	<input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 心肺停止 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> 頸髄・頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 擦過傷 <input type="checkbox"/> 切創 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 刺創 <input type="checkbox"/> 裂創 <input type="checkbox"/> 肉離れ <input type="checkbox"/> 爪はがれ <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 泥酔 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> 眼に異物 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 歯の損傷 <input type="checkbox"/> 心臓発作 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 脳震盪 <input type="checkbox"/> クラゲ <input type="checkbox"/> エイ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> とげ <input type="checkbox"/> 虫刺 <input type="checkbox"/> その他()		観察時刻(:) 意識JCS() 呼吸 無・有()回/分 脈拍 無・有()回/分 その他 
発生場所			
<input type="checkbox"/> 水中 <input type="checkbox"/> 波打ち際 <input type="checkbox"/> 砂浜 <input type="checkbox"/> 岩場 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> その他 ()			

◆(A)事故発生概要(傷病者・関係者や周囲の遊泳者からのヒアリング内容等があれば記述してください)

事故・急病の発生状況, 事故概要, 飲酒の有無, アレルギーの有無, 飲んでいる薬の有無など

◆(A)第一発見者

☐ライフセーバー ☐友人・一般人 ☐その他()

◆(A)対応ライフセーバー人数と有資格者数等

対応者数____人(所有資格:CPR 人, BASIC 人, ADVANCE 人, JLA資格無 人)

医療関係資格所持者 無・有(☐医師 人 ☐看護師 人 ☐救急救命士 人 ☐その他 人(資格名:))

◆(A)使用救助器材(複数回答可)

☐フィン有レスキューチューブ ☐フィン無レスキューチューブ ☐レスキューボード
☐IRB ☐水上オートバイ ☐なし
☐感染防護具(なし・使い捨て手袋・ポケットマスク・フェイスシールド その他)
☐バックバルブマスク ☐AED ☐吸引器 ☐ネックカラー ☐血圧計
☐バックボード ☐担架 ☐毛布 ☐水 ☐その他()

◆(A)実施処置(複数回答可)

☐気道異物除去 ☐気道確保(方法:) ☐保温 ☐飲水
☐体位管理(体位:) ☐洗浄 ☐止血 ☐ガーゼ保護
☐保護包帯 ☐絆創膏 ☐安静 ☐冷却 ☐拳上 ☐圧迫
☐副子固定 ☐頸部固定
☐CPR(人工呼吸 有・無) ☐AED(ショック実施回数____回)

◆(A)救助時の気象・海況・監視条件など

天気 _____ 気温 _____℃ 水温 _____℃ 風向 _____
風力 _____ 警報・注意報 _____ 波高 _____m
利用者数 _____ ライフセーバー数 _____
波の種類 ☐崩れ波 ☐巻き波 ☐砕け寄せ波 遊泳条件 ☐可 ☐注意 ☐禁止

◆(B)救助位置と海岸条件

図示する項目:① 救助位置 ② 警備本部, タワー, 遊泳エリア, 監視体制
③ 離岸流、沿岸流等の流れ ④ 砕波位置

(A):全ての救急要請事案で記入
(B):レスキュー事案の場合に記入
(C):心肺停止事案の場合に記入

波打ち際からの距離	m
水深	m
流向	
流速	m/s

◆(B)海上保安庁 / 消防(救助)/ 警察 の要請・対応

海上保安庁の対応 有・無 消防(救助)の対応 有・無 警察の対応 有・無

要請者 ライフセーバー ・ その他()

内容(有の場合に記入) / 要請者「その他」の場合には、要請までの流れ、方法など具体的な内容を記入

◆(B)or(C)救助/救護対応の時系列

時刻	救助・救護活動の状況、実施した活動内容 現場や家族関係者の状況等	観察結果	備考・追記情報 救急隊情報(要請,到着等)
		観察時刻(:) 意識JCS() 呼吸 無・有()回/分 脈拍 無・有()回/分 その他:	
		観察時刻(:) 意識JCS() 呼吸 無・有()回/分 脈拍 無・有()回/分 その他:	

* 個人情報のため取り扱い注意

◆(C)心肺停止対応時記入項目

(A):全ての救急要請事案で記入
(B):レスキュー事案の場合に記入
(C):心肺停止事案の場合に記入

①目撃の有無 有・無

(有の場合) 心停止を目撃した時刻():

目撃者: ライフセーバー・家族・友人・一般客・その他]

②バイスタンダーCPR(ライフセーバーが到着する前の一般市民によるCPR)の有無 有・無

(有の場合) バイスタンダーによるCPR開始時刻 ():

心拍再開の有無 有 (心拍再開時刻):

③バイスタンダーによるAEDの使用の有無 有・無

(有の場合) 除細動メッセージ 有 (時刻):

心拍再開の有無 有 (心拍再開時刻):

④ライフセーバー接触後の対応について ライフセーバー接触時刻 ():

1)心停止の有無 ライフセーバー接触時は心肺停止状態でしたか はい・いいえ

2)CPR開始時刻 ():

3)AEDの使用の有無 有・無

(有の場合) 除細動メッセージ 有 (時刻):

4)心拍再開の有無 有(心拍再開時刻):

心拍再開後の容態について下記に記入してください

意識レベルJCS: 呼吸: 回/分 脈拍: 回/分

その他

⑤嘔吐の有無について

1)逆流または嘔吐はありましたか 有・無

(有の場合) 逆流または嘔吐は何回ありましたか 1回・2~3回・4~5回・6回以上

吐物の対応について、該当するものに○を付けてください

1. 体ごと横に向けて吐物をかき出した、
2. 顔だけ横に向けそのまま胸骨圧迫を続けた
3. その他 1と2両方 など具体的に記入してください

⑥救急隊到着後の経過について 救急隊接触時刻():

1)傷病者の容態 救急隊到着時は心肺停止状態でしたか はい・いいえ

2)救急隊到着後の心拍再開の有無 有(心拍再開時刻):

(有の場合) どこで心拍再開しましたか

☐ 救急隊への引継ぎを行った現場

☐ 救急車内(現場出発前)

☐ 救急隊出発以降(可能な限り具体的に記入、またどのようにして心拍再開の情報を得たかも記入してください)

(有の場合) 1か月後の生存および1か月後の社会復帰の有無について

1か月後の生存 有・無

1か月後の社会復帰 有・無 *有の場合、どのようにして情報を得たかを具体的に下記に記入してください

* 個人情報のため取り扱い注意