消防機關救護紀錄表（　　消防局、隊）

救災救護指揮中心指派案號：

編號：

派遣資料

日期	年 月 日	出勤單位		受案單位	□救災救護指揮中心 □分隊自行受理

受理時間	出勤時間	到達現場時間	離開現場時間	送達醫院時間	離開醫院時間	返隊待命時間
時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分

發生地點		協同處理單位	

送往醫院或地點	□就近適當 □指揮中心 □傷病患或家屬要求	未送醫原因	未接觸	□未發現 □誤報 □中途取消
			未送醫	□拒送 □警察處理 □現場死亡 □其他_____
			出勤待命	□火警 □支援勤務

傷病患資料

傷病患姓名	□不詳	性別	□男 □女 □經評估後判斷	傷病患財物明細：
				□未經手
國民身分證統一編號/外籍患者護照號碼	□不詳	年齡		□有 保管人： (簽章)
			□經評估後判斷	

傷病患住址	縣 市	鄉 市	鎮 區	村 里	鄰	路 街	段	巷	弄	號	樓	□同發生地點

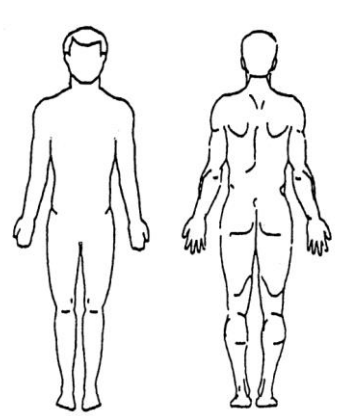
現場狀況（此欄可複選）

□非創傷		□創傷	
□急病	□疑似毒藥物中毒	□一般外傷	□溺水
□呼吸問題（喘／呼吸急促）	□疑似一氧化碳中毒	□頭部外傷	□摔跌傷
□呼吸道問題（異物哽塞）	□癲癇／抽搐	□胸部外傷	□墜落傷　約：____公尺
□昏迷（意識不清）	□路倒	□腹部外傷	□穿刺傷
□胸痛／悶	□行為急症/精神異常	□背部外傷	□燒燙傷____度____%
□腹痛	□孕婦急產	□肢體外傷	□電擊傷
□一般疾病	□到院前心肺功能停止	受傷機轉	□生物咬螫傷
□頭痛／頭暈／昏倒／昏厥	□其他_____	□因交通事故	□到院前心肺功能停止
□發燒		□非交通事故	□其他_____
□噁心／嘔吐／腹瀉		事故類別(以傷病患為主)	
□肢體無力		□汽車 □機車 □腳踏車	
		□行人 □其他_____	

處置項目（此欄可複選）

基本呼吸道/呼吸處置	心肺復甦術
□口咽呼吸道	□自動心肺復甦機(MCPR)
□鼻咽呼吸道	□CPR_____分鐘
□抽吸	□使用AED
□哈姆立克法	□電擊去顫____次
□聲門上呼吸道(SGA)_____號	□不建議電擊
□鼻管_____L/Min	**藥物處置**
□面罩_____L/Min	□靜脈輸液，部位_____
□非再呼吸型面罩	□0.9% N/S_____ml
□BVM(正壓輔助呼吸)	□L/R_____ml
□霧化吸入型面罩	□_____葡萄糖液_____ml
□其他	□給予口服葡萄糖液／粉
創傷處置	□協助使用Aspirin
□頭圈	□協助使用NTG含片_____片
□清洗傷口	□協助使用支氣管擴張劑_____次
□止血、包紮	**其他處置**
□骨折固定	□保暖
□長背板固定	□心理支持
□ KED固定	□急產接生
□其他_____	□約束帶
搬運	□灌洗眼睛
□自行上車	□其他_____
□以適當方式搬運	
特定後送姿勢	
□平躺	
□半坐臥	
□左/□右側躺	
□下肢抬高	

請在圖上標示說明受傷部位及其尺寸



補述：

給藥

時間	藥名	途徑/劑量

ALS處置

□氣管內管：_____號
(固定深度)fix：_____cm

□手動電擊：_____次：_____ Joule

醫療/線上指導醫師核簽

傷病患主訴

主訴：□家屬或友人代訴

1. 感覺哪裡不舒服?
2. 感覺怎麼的不舒服?
3. 大約不舒服有多久了?
4. 還有其他地方不舒服嗎?
5. 評估頸椎是否損傷? (創傷患者)

過去病史

□糖尿病	□腎臟疾病
□高血壓	□心臟疾病
□癌症	□癲癇
□慢性阻塞性肺病	□精神疾病
□氣喘	□其他_____
□中風	□不清楚
□肝臟疾病	□無

過敏史

□藥物_____	□不清楚
□食物_____	□無
□其他_____	

生命徵象

時間	意識狀態	呼吸	脈搏	血壓	GCS	SpO_2	體溫	血糖值
	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	□頭 □股、肱 □橈 □無	E___V___M___	%	℃	mg/dl
	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	／ mmHg	E___V___M___	%		
到院後檢傷站	□清 □聲 □痛 □否	次/分	次/分	／ mmHg	E___V___M___	%	℃	

心肺功能停止登錄		OHCA事故地點型態		疑似心肌梗塞登錄	符合疑似腦中風指標
□派遣時即通知		□住宅	□教育/學校	□12小時內有胸痛或胸悶	是否異常：□是 □否
目擊者：	□有 □無	□工廠/工作地點	□捷運站/車站/機場	或下列情形之任2項：	最後正常時間： 時 分
旁觀者CPR：	□有 □無	□運動中心	□診所/護理之家	□喘	
使用PAD：	□有 □無	□街道/公路	□其他	□冒冷汗	□微笑測試異常
到院前 ROSC：	□有， 時 分	□公共建築	□不清楚	□噁心(或嘔吐)	□左側/□右側舉臂測試異常
	□無	□療養院		□有心臟病史	□言語測試異常

簽名欄

救護人員簽名	醫護人員簽名	拒絕送醫簽名	送醫後傷病患/家屬/關係人簽名
到院前檢傷分級：□一級 □二級 □三級 □四級 □五級(無者免填，選填下一項) □危急個案 □非危急個案	檢傷分級：□一級□二級□三級 □四級□五級	□拒絕醫療聲明：本人聲明：救護人員已解釋病情與送醫之需要，但我□拒絕任何救護□拒絕送醫	
一、		簽名：	
二、			聯絡電話：
三、			

本表送交保存之單位及份數，請各消防機關依緊急醫療救護法第34條規定及轄區現況，自行決定之。