

消防機關救護紀錄表(消防局、隊)										編號：		
派遣資料												
日期		年 月 日		出勤單位				受案單位		<input type="checkbox"/> 救災救護指揮中心 <input type="checkbox"/> 分隊自行受理		
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		
發生地點								協同處理單位				
送往醫院或地點		<input type="checkbox"/> 就近適當 <input type="checkbox"/> 指揮中心 <input type="checkbox"/> 傷病患或家屬要求			未送醫原因		<input type="checkbox"/> 未發現 <input type="checkbox"/> 誤報 <input type="checkbox"/> 中途取消 <input type="checkbox"/> 出勤待命 <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 拒送 <input type="checkbox"/> 警察處理 <input type="checkbox"/> 現場死亡					
傷病患資料												
傷病患姓名				性別		年齡		傷病患財物明細：				
國民身分證統一編號				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 未經手 <input type="checkbox"/> 有 保管人： (簽章)				
傷病患住址		市 (縣) 鄉鎮市區		里/村 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓		<input type="checkbox"/> 同發生地點						
現場狀況												
<input type="checkbox"/> 非創傷						<input type="checkbox"/> 創傷						
<input type="checkbox"/> 呼吸問題（喘／呼吸急促） <input type="checkbox"/> 呼吸道問題（異物哽塞） <input type="checkbox"/> 昏迷（意識不清） <input type="checkbox"/> 胸痛／悶 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 頭痛／頭暈／昏倒／昏厥 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 噁心／嘔吐／腹瀉 <input type="checkbox"/> 肢體無力			<input type="checkbox"/> 疑似毒藥物中毒 <input type="checkbox"/> 疑似一氧化碳中毒 <input type="checkbox"/> 癲癇／抽搐 <input type="checkbox"/> 路倒 <input type="checkbox"/> 行為急症/精神異常 <input type="checkbox"/> 孕婦急產 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 一般外傷 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 胸部外傷 <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 背部外傷 <input type="checkbox"/> 肢體外傷 受傷機轉 <input type="checkbox"/> 因交通事故 <input type="checkbox"/> 非交通事故 事故類別(以傷病患為主) <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 行人 <input type="checkbox"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 墜落傷 約:_____公尺 <input type="checkbox"/> 穿刺傷 <input type="checkbox"/> 燒燙傷 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 生物咬螫傷 <input type="checkbox"/> 到院前心肺功能停止 <input type="checkbox"/> 其他:_____			
傷病患主訴	主訴: 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?											
	過 去 病 史			過 敏 史		心肺功能停止登錄			OHCA事故地點型態			
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病		<input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 藥物_____ <input type="checkbox"/> 食物_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 無		目擊者： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 旁觀者CPR： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 使用PAD： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ROSC： <input type="checkbox"/> 有 時間 _____： <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 公共建築 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 教育/學校 <input type="checkbox"/> 捷運站/車站/機場 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不清楚		
							符合疑似腦中風指標是否異常 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否最後正常時間_時_分					
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		
	一、			檢傷分級： <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 五級			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 拒絕任何救護 <input type="checkbox"/> 拒絕送醫簽名：					
	二、											
	三、											
										聯絡電話：		

注意：本表一式三份並應保存七年

第一聯：救護單位自存（紅色） 第二聯：送救災救護指揮中心（黃色） 第三聯：交診療醫院（白色）