

附表一

消防機關救護紀錄表填具類別一覽表

項	次別	應得填具	單複選	填具方式	備註
派遣資料	日期	應	--	數字	
	出勤單位	應	--	文字/數字	
	受案單位	應	單選	勾選	
	出勤時間	應	--	數字	
	到達現場時間	應	--	數字	
	離開現場時間	應	--	數字	
	送達醫院時間	應	--	數字	
	離開醫院時間	應	--	數字	
	返隊待命時間	應	--	數字	
	發生地點	應	--	文字	
	協同處理單位	應/得	--	文字	
	送往醫院或地點	應/得	單選	勾選/文字	未送醫則空白
	未送醫原因	應/得	單選	勾選	
傷病患資料	傷病患姓名	應/得	--	文字	
	身分證字號	應/得	--	數字	
	性別	應	單選	勾選	
	年齡	應	--	數字	
	傷病患住址	應/得	--	文字	
	傷病患財物明細	應/得	單選	勾選/文字	未見則空白
	非創傷、創傷	應	單選	勾選	
	非創傷欄內選項	應/得	可複選	勾選/文字	
	創傷欄內選項	應/得	可複選	勾選/文字	受傷機轉單選
	傷病患主訴				
	主訴	應/得	--	文字	
	過去病史	應/得	可複選	勾選/文字	未提供則空白
	過敏史	應/得	可複選	勾選/文字	未提供則空白
	心肺功能停止登錄	應/得	--	勾選	無則空白
	OHCA 事故地點型態	應/得	單選	勾選	無則空白
	符合疑似腦中風指標	應/得	單選	勾選	無則空白
處置項目	處置項目	應	可複選	勾圈選/文字/數字	
	補述	應/得	--	文字	無則空白
	給藥	應/得	--	文字/數字	無則空白
	ALS 處置	應/得	--	勾選/數字	無則空白
	醫療/線上指導醫師核簽	應/得	--	文字	無則空白
生命徵象	時間	應	--	數字	
	意識狀況	應	可複選	勾選	
	呼吸、脈搏、血壓、GCS、SpO2、體溫	應	--	數字	
簽名欄	救護人員簽名	應	--	文字	
	醫護人員簽名	應	--	勾選/文字	
	拒絕送醫簽名	應/得	--	勾選/文字/數字	無則空白
	送醫後傷病患/家屬/關係人簽名	應/得	--	文字/數字	傷病患單獨又昏迷則得空白

註：「應/得」係指先就現場事實已否達該紀錄項目之定義條件予以評斷，若條件成就即應記載，若條件未能成就即得依現狀予以記錄。