様式第８号（第10関係）

救急事故対応報告書兼ＡＥＤパッド補充請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月　　日  　奥州金ケ崎行政事務組合消防本部  　　消防長　様  　　　　　　　　　　　　申請者　住　　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名  　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名  　奥州金ケ崎救命サポーターステーション認定要綱第10に基づき報告します。 | |
| 事故発生日時・場所 | 日　時：　　　年　　月　　日　　　時　　分　頃  場　所： |
| 傷病者情報 | □　男性　・　□　女性　　　　年齢　　　歳（位）  □　施設職員　・　□施設利用者　・　□その他  倒れる瞬間等の目撃　　□　有　・　□　無 |
| 対応した方の  情報 | □　施設職員のみ  □　施設職員以外のみ  □　施設職員と施設職員以外の方が協力 |
| 実施した  応急処置 | □　胸骨圧迫（心臓マッサージ）  □　人工呼吸  □　異物除去  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 裏面に続く | |
| 受　　　付 | 備　　　考 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ＡＥＤ使用の  有無 | 有　　　・　　　無  ※有とは、電源を入れパッドを傷病者へ装着したことをいう |
| ＡＥＤ使用状況 | 傷病者を確認してからＡＥＤを装着するまでに要した時間  約　　　　　　分 |
| 主な対応経過 |  |
| 自己評価 | □　応急手当の流れに沿った対応ができた  □　概ね必要な対応はできた  □　多くの処置等、必要な対応が出来なかった |
| 奥州金ケ崎救命サポーターステーション認定要綱第10に基づき、下記のとおりＡＥＤパッドの補充について請求します | |
| ＡＥＤ情報 | メーカー名：  型　　　番： |
| 連　絡　先 | 担当者氏名　：  連絡先　電話： |
| 請求項目 | □　ＡＥＤパッド |
| 備　　　考 |  |