

消防機關救護紀錄表填寫作業原則修正規定

一、相關規定

緊急救護辦法第 14 條：「救護人員執行救護應填具救護紀錄表，於送抵急救醫院時，應由醫護人員簽章確認紀錄表所載事項。」

二、目的

為記錄事故現場之傷病患人身識別及身體狀況、救護人員主客觀評估與救護處置，便利後續接手醫療、事後統計與品管、追蹤防疫安全、提供教育訓練改進用。

三、紀錄內容

以內政部 108 年 8 月 12 日內授消字第 1080823595 號函頒之消防機關救護紀錄表填載，內容分為派遣資料、傷病患資料、現場狀況、處置項目及其他佐證資料等項別。

四、救護紀錄表記錄原則

採一傷病患一表且依項別完全填具，但遇有大量傷病患、現場未發現傷病患、拒絕送醫等情形，或勤務為待命性質、中途取消、由他分隊接替（續）造成勤務終（停）止等得不完全填具。

五、填寫方式、格式與例示

（一）救災救護指揮中心指派案號：年月日時分秒加流水號，例

20190101235959001。

（二）編號：各消防機關自行編訂。

(三) 派遣資料

1. 日期：以勤務當天日期，用數字記載，例 100 年 01 月 01 日。
2. 出勤單位：以分隊名稱與救護車類別，用文字及數字記載，例龍潭 91。
3. 受案單位：以接獲民眾請求救護之單位，用勾選方式，就 救災救護指揮中心或 分隊自行受理單一勾選。若勾選「分隊自行受理」則於旁註記 24 小時制時間。
4. 受理時間：以救災救護指揮中心（以下簡稱指揮中心）受理案件時間（或分隊自行受理後回報指揮中心註登時間），用 24 小時制數字記載，例：1625。
5. 出勤時間：以救護車出勤之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。
6. 到達現場時間：以救護車到達現場之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。另到達現場至接觸病患時間間隔較長時(如：傷病患位處高樓層、窄巷或山區須徒步到達等)，得依需求加註接觸病患時間。
7. 離開現場時間：以救護車離開現場之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。
8. 送達醫院時間：以救護車抵達醫院急診檢傷站之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。
9. 離開醫院時間：以救護車離開醫院之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。

10. 返隊待命時間：以救護車返抵分隊之時間，用 24 小時制數字記載，例同上。
11. 發生地點：指揮中心提供填寫（若確認地點有誤，逕填寫正確地址），該場域非位於分隊轄區內，則增列鄉（鎮市、區）名或郵政區號代號，又若於災害時被派遣前往其他直轄市、縣（市）支援，則再增列直轄市、縣（市）名或郵政區號代號，另現場無門牌等則加註足為識別資訊，例台 0 線 119K 合作橋附近。
12. 協同處理單位：依實際支援之單位填寫，如信義 91、110、信義 11…等。
13. 送往醫院或地點：以現場事實情狀，用勾選方式，就下列原則單一勾選，並於勾選欄前空白處註記醫療機構名稱。
- (1) 就近適當：優先以 EMT 建議為主，並勾選 就近適當（如急診分流屬之）。
 - (2) 指揮中心：如依指揮中心指示送醫，則勾選 指揮中心。
 - (3) 傷病患或家屬要求：若建議一次就近適當醫院未獲同意時，則適當尊重傷病患或家屬要求協助後送，並勾選 傷病患或家屬要求。
14. 未送醫原因：以現場事實情狀，用勾選方式，就下列原則單一勾選。
- (1) 未接觸：
 - A. 未發現：經出勤到達現場後，雖有事故狀態卻未見有傷病患

而返回分隊，例於車禍現場見有碰撞車輛，然駕駛已逃逸或傷者自行就醫。

- B. 誤報：經出勤抵達現場後，未發現相關人事物且詢可能關係人（商家、民眾等）確認無此事故發生或無此事故地點等返回分隊，並告知指揮中心。
- C. 中途取消：經出勤後接獲派遣單位（指揮中心或分隊）通知取消勤務返回分隊。

(2) 未送醫：

- A. 拒送：經出勤到達現場後，已接觸傷病患，經當事人或家屬決定不送醫急救（含 DNR 未送醫）。
- B. 警察處理：未送醫案件且由接續警察處理者（例：車禍、路倒…等）。
- C. 現場死亡：患者 OHCA 且達到屍腐、屍僵、屍體焦黑、無首、內臟外溢或軀幹斷體的狀態之一者，交由警察接續處理，務必請警察簽名。
- D. 其他：包含經現場評估及判斷後，EMT 決定不需送醫或其他情形。

(3) 出勤待命：

- A. 火警：配合火警出勤到達現場後，已或未接觸傷病患但未送醫或返隊，僅於現場待命或為救護處置作為。

B. 支援勤務：因支援活動出勤或大量傷病患協勤或 ALS 支援或接駁送醫，於現場待命或協助救護處置，但未被指示載送傷病患。若為支援救護，傷病患由其他救護車送走，則於補述欄註記（例：已由 XX91 送醫）。

（四）傷病患資料

1. 傷病患姓名/國民身分證統一編號/外籍患者護照號碼：依傷病患證件或其提供資訊填寫，若意識不清無法告知或拒絕提供者，則勾選 不詳。
2. 性別：依傷病患證件或其提供資訊填寫，無法獲知時可依傷病患外表評估後填寫，並勾選 經評估後判斷。
3. 年齡：依傷病患證件或其提供資訊填寫，填寫方式為「阿拉伯數字」+「單位（天/月/歲）」，填寫 1 歲以上年齡時，「歲」得省略。例：3 天，1 個月，5（歲）。無法獲知時可依傷病患外表評估後填寫，不得空白，並勾選 經評估後判斷。
4. 傷病患住址：依傷病患或家屬提供資訊填寫，若住址與發生地點相同可勾選 同發生地點；無法得知傷病患地址時填寫不詳。
5. 傷病患財物明細：
 - （1）未經手：若未經手財物時，勾選此欄。
 - （2）有：填寫詳細，如金錢及其他重要物品。若傷病患為清醒者，即交予（告知）本人或其家屬或關係人保管，並請其於保管

人處簽名；若傷病患意識不清，即交予其家屬或關係人保管，並請其於保管人處簽名並註記關係；若無家屬、關係人在場，至醫院後轉交接續處理人員保管及簽名，並註記保管人員身分；若仍無法交接，以公函移送警察後續處理，並註記函送警察處理。

(五) 現場狀況：以傷病患或家屬、關係人請求救護告知指揮中心或分隊情況，隨派遣指令通告，經 EMT 接觸到傷病患後判斷現場狀況，分「創傷」及「非創傷」2 類，以勾選 1 項主要原因為原則，如有次要原因於「傷病患主訴之 4. 還有其他地方不舒服嗎？」填寫。若中途取消時，依派遣令填寫。

1. 非創傷：

- (1) 經抵達現場就傷病患所呈現問題或現象加以觀察及初步評估，予以單一或複數勾選，例派遣員僅提供非創傷疾病救護，到現場發現為頭暈噁心，勾選「頭痛/頭暈」；如為路倒者即勾選「路倒」。
- (2) 孕婦急產：孕婦有分娩徵象、立即生產或其他妊娠急症可能者。
- (3) 到院前心肺功能停止：本項勾選即為主要原因，如為傷病患狀況改變，請於補述欄註記。
- (4) 其他：因非創傷造成身體不適，但無適當欄位得勾選，始勾

選 其他：填寫原因（例：痛風）

2. 創傷：

(1) 事故類別（以傷病患為主）：勾選傷病患駕駛或搭乘之交通工具，若為行人則勾選行人或勾選其他。（若受傷機轉為非交通事故則可不填）

(2) 溺水：因意外或外力介入造成之溺水案件勾選之。

(3) 摔跌傷：於地面或地板或同一平面處不慎跌倒摔傷勾選之。

(4) 遇墜落傷患經詢問或觀察自何高處落下，以公制登載高度，若無明確資訊以現場環境推估是否 >6 公尺或 2 層樓高（小兒 >3 公尺或身高 2 倍高度），例：勾選「墜落傷」後據現狀填寫約 7 公尺，或於補述欄註記小兒從身高 2 倍高度處墜落。

(5) 遇燒燙傷傷患經判斷後登載嚴重度。

(6) 到院前心肺功能停止：本項勾選即為主要原因，如為傷病患狀況改變，請於補述欄註記。

(7) 其他：因創傷造成傷害，但無適當欄位得勾選，始勾選 其他：填寫原因（例：毆傷）。

3. 傷病患主訴：以現場傷病患所述身體狀況與曾有醫療紀錄用文字登載，其餘得於補述欄補充。若傷病患無法回答由他人代訴，請勾選 由家屬或友人代訴。

(1) 感覺哪裡不舒服？填寫傷病患描述症狀、部位或救護人員現

場所見情形，例：血便、頭部、昏迷等。

(2) 感覺怎麼的不舒服？填寫傷病患的不舒服感，例：暈、疼痛等。

(3) 大約不舒服有多久了？傷病患有意識則依所描述時間填寫，無意識則詢問家屬或友人，無人可問則填不詳。

(4) 還有其他地方不舒服嗎？可填寫現場狀況之次要原因。

(5) 評估頸椎是否損傷？(創傷患者)無法排除疑似頸椎損傷時，以創傷機轉或評估結果登載，例：高處墜落、壓痛異常、手腳發麻等。

4. 過去病史、過敏史：依傷病患及家屬敘述勾選，若未知，請勾選不清楚。

5. 心肺功能停止登錄：

(1) 目擊者：不知何時倒下，目擊者勾無；有人發現倒下過程或 EMT 到達後才倒下均可勾選有。

(2) 旁觀者 CPR：依現場有無人員實施 CPR 或表示剛剛曾執行後勾選，不需評斷旁觀者操作是否正確。

(3) 使用 PAD (public access defibrillation)：依據現場有無人員使用 PAD 勾選。

(4) 到院前 ROSC：傷病患為到院前 ROSC 時勾選，並填具 ROSC 時間；若無，勾選無。如另到院後 ROSC，可於補述欄註記。

6. OHCA 事故地點型態：依 OHCA 傷病患發生地點勾選。
7. 疑似心肌梗塞登錄：傷病患疑似心肌梗塞時填寫。處置疑似心肌梗塞個案，可回報指揮中心（或護理師）通報急救責任醫院。
8. 符合疑似腦中風指標是否異常：傷病患疑似急性腦中風時填寫。
 - (1) 處置疑似到院前腦中風個案，可回報指揮中心（或護理師）通報急救責任醫院，並記錄傷病患最後正常時間。
 - (2) 符合疑似腦中風指標是否異常，勾選是，應續填微笑測試異常左側/右側舉臂測試異常言語測試異常。

(六) 處置項目

1. 搬運：依傷病患可自行上車，或 EMT 依現場狀況選擇適當搬運方式勾選。
2. 特定後送姿勢：EMT 依現場狀況選擇適當後送姿勢，如將第三孕期之孕婦以左側躺姿勢送醫，則勾選左側躺。
3. 以現場救護員所施行救護處置單項技術，用文字、數字或（及）勾選登載，例使用 AED，勾選「使用 AED」，如果不建議電擊，電擊去顫_____次予以空白。如使用靜脈輸液 0.9%N/S(500ml)，則勾選「靜脈輸液」及於次欄欄位「0.9%N/S」註記 500 ml。
4. 聲門上呼吸道（SGA）_____號：依現場實際使用之聲門上呼吸道裝置號數填寫。
5. 氧氣治療：氧氣治療，填寫正確氧氣流量內容，若處置過程中，傷

病患呼吸型態有明顯變化，EMT 更改氧氣治療方式，除原勾選給氧設備外，亦需勾選更改後之設備。如原傷病患使用氧氣鼻管，於送醫途中更改為 NRM；範例：勾選 鼻管 4 L/Min 及 非再呼吸型面罩。

6. 圖示區：若無法正確估算傷口面積，得於數字前加填約（例：約 5x3）。

(1) 傷口請填何種傷（例：擦傷、穿刺傷、撕裂傷…等），均以公分為單位，將數字寫出即可（例：5x3）。

(2) 燒燙傷應填寫程度及面積，並以%單位（例：2 度 18%）。

7. 補述：

(1) 事故車籍資料：視現場狀況，有需要時填寫，勿因填寫而耽誤處置及送醫時間。

(2) 處置遇到之特殊情形或有必要記載之事項，救護人員未親眼所見時則加註「某人描述」或「疑似」字樣，例：患者牙關緊閉無法上 LMA、家屬表示患者於○分鐘前服用○○藥、患者疑似服用藥物。

(3) 其他需註記事項。

8. 給藥：EMTP 依所實施之急救處置填寫，且需註記途徑/劑量，EMT2 不需填寫，範例：aspirin 給藥寫法：

(1) aspirin (100mg) PO(途徑)/? 顆(劑量以顆為單位註記)。

(2) aspirin PO (途徑) /300mg (劑量) /?顆, NTG, SL (途徑) /?片 (劑量)。

9. ALS 處置：EMTP 執行時填寫，並依各消防機關所訂核簽時限及方式交由醫療指導醫師核簽。

10. 醫療/線上指導醫師核簽：醫療指導醫師簽名欄位，若醫師親自至現場指導，則於補述欄以文字載明於醫師指導下所執行之處置項目。

11. 生命徵象：以現場實際測量數據，用勾選及數字登載。

(1) 時間以 24 小時制記錄。

(2) 意識狀態：依實際評估，就「清」、「聲」、「痛」、「否」勾選。

(3) 呼吸、脈搏以視觸覺量測 10 秒鐘者，以呼吸與脈搏次數乘以 6 的倍數。以測量儀器量測者，以所得數據填具。

(4) 血壓以摸觸傷病患動脈點，迅速評估傷病患循環狀況，例摸得到頸動脈則勾選 頸。以血壓計測量傷病患血壓，用所得數據於初評血壓欄內註記。

(5) GCS：以現場對傷病患進行初評、二評時間點，評估其意識程度，用數字就張眼反應、最佳語言反應，與最佳運動反應評估表述登載，當無法檢測 (Not Testable) 時，該項反應以英文縮寫 NT 表示。另昏迷指數可能因傷病患配合度、原有之

急慢性疾病及時間前後而有不同的昏迷指數，應於補述欄補述「意識變差」或「意識改變」，並（或）加註 24 小時制時間。

- (6) SpO₂：應依實際量測數值填寫。
- (7) 體溫：無法量測之傷病患可不測（如使用頭部固定器固定及 OHCA 之傷病患）。
- (8) 血糖：依實際量測數值或 Low/High 填寫。
- (9) 第一欄位：接觸傷病患時間，經初評傷病患之意識狀況、呼吸、脈搏、血壓等。
- (10) 第二欄位：將傷病患送上救護車，於車上所測得之生命徵象。
- (11) 第三欄位（到院後檢傷站）：將傷病患送抵醫療機構（急診檢傷站）後，簡稱到院後，經交接醫護人員量測之生命徵象，生命徵象得參考醫院數值填寫。但若發現與前欄所測有重大差異或有歧見等，救護員需自行量測並於時間欄內之「到院後檢傷站」註記「EMT」，然後依序記載所量測生命徵象。若救護員量測時間與「到達醫院時間」不一致，則於旁加註 24 小時制時間。
- (12) 有接觸傷病患而未送醫時，第一欄位生命徵象應填寫。除傷病患不願意接受量血壓、摸脈搏，可免除填具並註記拒測，但意識狀態應以觀察所得登載。

(13) 送醫時間於 3 分鐘內，來不及檢查第二欄生命徵象時，得不填寫；填寫時應考量合理性（若家住 5 樓，到達現場與初步評估應有時間差）。

(七) 簽名欄

1. 救護人員簽名：為同車實際出勤人員，用姓名登載，並勾選到院前檢傷分級或危急度判斷。
2. 醫護人員簽名：為送抵醫療機構（急診檢傷站）醫護人員，請醫護人員簽名並勾選級數。
3. 拒絕送醫簽名：
 - (1) 傷病患拒絕送醫或拒絕接受救護處置時，應填寫拒絕處置之項目，要求簽名並填具連絡電話。
 - (2) 若傷病患意識不清有意思表示障礙，其家屬表示拒絕送醫或拒絕接受救護處置者，應填寫拒絕處置之項目，由家屬簽名並具明關係及連絡電話。
 - (3) 若傷病患或家屬拒絕簽名或不能簽名者，則由傷病患或家屬、關係人、勤區員警、村里幹事…等公務性第三人簽名，並填具聯絡電話，復註記與病人關係，例家屬、朋友、警察、里長…。
4. 送醫後傷病患/家屬/關係人簽名：為送抵醫療院所後簽名證明，依序由傷病患/家屬/關係人擇一簽名，並註明聯絡電話。得於旁註記

與傷病患關係及時間。

六、附註

- (一) 未送醫個案填寫（除不提供及配合外），應填未送醫原因、傷病患資料、現場狀況、拒絕醫療聲明及第一欄生命徵象之意識、呼吸、血壓及 GCS。
- (二) 覈實記錄救護過程之所見、所聞、所測得及所執行之事項，切勿涉登載不實之情事。
- (三) 交付醫護人員簽名前，主副手應再次確認是否有疏漏及誤植，如發現錯誤應予更正並核章；另如事後發現誤植日期、時間、地址或身分證號等，於派遣系統登錄正確資訊，確保日後查調資料及統計所需，並於系統補述欄登打或工作紀錄簿詳載誤植資訊。採行電子化救護紀錄表者，補正機制得自行訂定。
- (四) 2 台救護車以上處置同 1 傷病患時，2 份救護紀錄表傷病患之姓名應核實填寫，若無法得知，可填寫不清楚，勿 2 份救護紀錄表不同姓名或代稱。
- (五) 本原則為全國性紀錄項目之操作方式，地方得增列紀錄項目並自訂操作方式。

七、附件

- (一) 消防機關救護紀錄表填具類別一覽表，如附表一。
- (二) 內政部 108 年 8 月 12 日內授消字第 1080823595 號函頒之消防機關救

護紀錄表，如附表二。

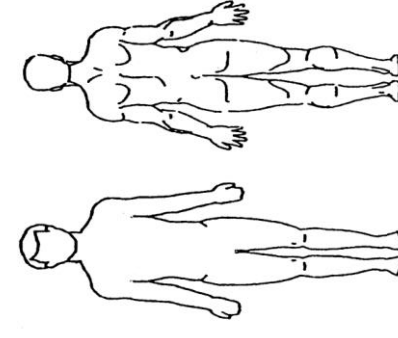
附表一 消防機關救護紀錄表填具類別一覽表

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	
	受理時間	應	--	數字	
	出勤時間	應	--	數字	
	到達現場時間	應/得	--	數字	未接觸則空白
	離開現場時間	應/得	--	數字	未接觸則空白
	送達醫院時間	應/得	--	數字	未送醫則空白
	離開醫院時間	應/得	--	數字	未送醫則空白
	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/外籍患者護照號碼	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
	疑似心肌梗塞登錄	應/得	可複選	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	單選	勾選	
	呼吸、脈搏、血壓、GCS、SpO ₂ 、	應	--	數字	

	體溫、血糖				
簽名欄	救護人員簽名	應	--	勾選/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。

附表二 消防機關救護紀錄表

消防機關救護紀錄表 (消防局、隊)									
<p>救護及護理中心指派系統：編號：_____</p> <p>請在圖上顯示說明受傷部位及其尺寸</p> 									
<p>測量項目 (此欄可複選)</p> <p>心肺復甦術</p> <input type="checkbox"/> 自動心肺復甦機(MCPR) <input type="checkbox"/> CPR _____分鐘 <input type="checkbox"/> 使用AED <input type="checkbox"/> 電擊去顫 _____次 <p>藥物處理</p> <input type="checkbox"/> 不建議電擊 <input type="checkbox"/> 靜脈輸液，部位：_____ <input type="checkbox"/> 0.9% NS _____ml <input type="checkbox"/> I/R _____ml <input type="checkbox"/> 葡萄糖液 _____ml <input type="checkbox"/> 給予口服補糖液/粉 <input type="checkbox"/> 協助使用Aspirin <input type="checkbox"/> 協助使用NTG含片 _____片 <input type="checkbox"/> 協助使用空氣管吸劑 _____次 <p>其他處理</p> <input type="checkbox"/> 保暖 <input type="checkbox"/> 急救接生 <input type="checkbox"/> 心理支持 <input type="checkbox"/> 急救接生 <input type="checkbox"/> 約束帶 <input type="checkbox"/> 清洗眼睛 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>描述：</p>									
<p>基本呼吸/呼吸處理</p> <input type="checkbox"/> 口呼吸 <input type="checkbox"/> 鼻呼吸 <input type="checkbox"/> 抽吸 <input type="checkbox"/> 哈姆立克法 <input type="checkbox"/> 喉門上呼吸器(SCA) _____號 <input type="checkbox"/> 鼻管 _____L/Min <input type="checkbox"/> 面罩 _____L/Min <input type="checkbox"/> 非再呼吸型面罩 <input type="checkbox"/> BVM(正壓輔助呼吸) <input type="checkbox"/> 霧化吸入劑面罩 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>創傷處理</p> <input type="checkbox"/> 頭頸 <input type="checkbox"/> 清洗傷口 <input type="checkbox"/> 止血、包紮 <input type="checkbox"/> 骨折固定 <input type="checkbox"/> 長骨板固定 <input type="checkbox"/> NED固定 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>搬運</p> <input type="checkbox"/> 自行車 <input type="checkbox"/> 以適當方式搬運 <p>特定後送姿勢</p> <input type="checkbox"/> 平躺 <input type="checkbox"/> 半坐臥 <input type="checkbox"/> 左/右側躺 <input type="checkbox"/> 下肢抬高									
<p>生命徵象</p> <p>時間 _____ 脈搏 _____ 呼吸 _____ 血壓 _____ SpO₂ _____</p> <p>到院後徵候 _____</p> <p>脈搏：A _____ L _____ S _____ 處置 _____</p> <p>脈管內管：_____ 號 (固定深度)ix：_____cm</p> <p>手動電擊：_____次：_____ Joule</p>									
<p>給藥</p> <p>時間 _____ 藥名 _____ 劑量 _____</p> <p>過去病史</p> <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 無 <p>過敏史</p> <input type="checkbox"/> 藥物 _____ <input type="checkbox"/> 食物 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____									
<p>傷者資料</p> <p>傷者姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____</p> <p>國籍/身分：_____ 統一編號/外僑證號：_____ 護照號碼：_____</p> <p>傷者住址：_____ 鄉鎮市區：_____ 村里：_____ 郵政區：_____ 路街巷弄號：_____ 段：_____ 號：_____ 樓：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p> <p>傷者職業：_____</p> <p>傷者保險：_____</p> <p>傷者家屬：_____</p> <p>傷者其他：_____</p>									
<p>現場狀況 (此欄可複選)</p> <input type="checkbox"/> 非創傷 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 一般外傷 <input type="checkbox"/> 頭部外傷 <input type="checkbox"/> 面部外傷 <input type="checkbox"/> 胸部外傷 <input type="checkbox"/> 腹部外傷 <input type="checkbox"/> 背部外傷 <input type="checkbox"/> 四肢外傷 <input type="checkbox"/> 電擊傷 <input type="checkbox"/> 生物攻擊傷 <input type="checkbox"/> 受傷原因：_____ <input type="checkbox"/> 因交通事故 <input type="checkbox"/> 非交通事故 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>事故類別(以傷者為主)</p> <input type="checkbox"/> 汽車 _____ <input type="checkbox"/> 機車 _____ <input type="checkbox"/> 行人 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____									
<p>傷者主訴</p> <p>1. 感覺哪裡不舒服？</p> <p>2. 感覺怎麼的不舒服？</p> <p>3. 大約不舒服有多久了？</p> <p>4. 還有其他地方不舒服嗎？</p> <p>5. 評估頭暈是否損傷？(創傷患者)</p>									
<p>OHCA事故地點型態</p> <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 工廠/學校 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <p>OHCA事故地點型態</p> <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 工廠/學校 <input type="checkbox"/> 工廠/工作地點 <input type="checkbox"/> 運動中心 <input type="checkbox"/> 診所/護理之家 <input type="checkbox"/> 公共場所 <input type="checkbox"/> 街道/公路 <input type="checkbox"/> 其他 _____									
<p>符合疑似腦中風指標</p> <input type="checkbox"/> 是否異常：_____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <p>最後正常時間：_____ 時 _____ 分</p> <p>傷者目前情況：_____</p> <p>傷者目前情況：_____</p> <p>傷者目前情況：_____</p>									
<p>簽名欄</p> <p>救護人員簽名：_____</p> <p>傷者簽名：_____</p> <p>送醫後傷者家屬/關係人簽名：_____</p> <p>聯絡電話：_____</p>									

本表送交保存之單位及份數，請各消防機關依照緊急救護法第34條規定及轉匯現況，自行決定之。