

SOS—KANTO 基本・病院前情報(2019年開始) Ver1.01

1 適格基準

*病院外で発生した心停止である	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
*救急隊により蘇生行為を実施され、病院へ搬送された	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
*市民などによる除細動が実施され、病院へ搬送された	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
*病院内での医師による蘇生処置の実施	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
*患者の不同意	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
コメント	

2. 救急隊情報

救急隊人数 _____人	その中で、救急救命士の人数 _____人
--------------	----------------------

3. 基本情報

*性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	*年齢 _____歳 <input type="checkbox"/> 推定
---	--

4. 救急隊活動記録

*救急隊覚知日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分	*救急隊到着日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
現場出発日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分		
発生場所	<input type="radio"/> 住宅-浴室(シャワー室、洗面台を含む) <input type="radio"/> 住宅-便所、 <input type="radio"/> 住宅-その他(浴室、便所以外) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(駅・空港) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(学校・幼稚園) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(運動施設) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(公衆浴場) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(病院・医院) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(老健施設等) <input type="radio"/> 公衆出入りの場所(その他) <input type="radio"/> 仕事場 <input type="radio"/> 道路 <input type="radio"/> その他		
発見場所 (上記 住宅-浴室、公衆浴場の場合)	<input type="radio"/> 浴槽内(顔面溺没あり) <input type="radio"/> 浴槽内(顔面溺没なし) <input type="radio"/> 洗い場、シャワー室 <input type="radio"/> 脱衣所、洗面所		
発見階数	_____階	エレベーターの利用	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
目撃の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	目撃日時	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
心停止日時(推定)	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分		
バイスタンダー CPR	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	CPR 開始日時	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
施行者 <input type="radio"/> 医療従事者 <input type="radio"/> それ以外 <input type="radio"/> 不明	口頭指示	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	CPR 研修 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
市民による AED の装着	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	市民による除細動	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
死戦期呼吸	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
傷患者接触時 瞳孔	右 _____mm 左 _____mm	対光反射	右 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 左 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
傷患者接触時 状況	<input type="radio"/> 心肺停止 <input type="radio"/> 心停止のみ <input type="radio"/> 呼吸停止のみ <input type="radio"/> 心拍・呼吸再開		
ECG 開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分	初回 ECG 波形	<input type="radio"/> VF <input type="radio"/> 無頻脈 VT <input type="radio"/> PEA <input type="radio"/> 心静止 <input type="radio"/> その他
初回 PEA 時の HR	_____bpm	初回 PEA 時 QRS 幅	<input type="radio"/> 0.12sec 未満 <input type="radio"/> 0.12sec 以上
CPR 開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分		
搬送中の心拍再開	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	心拍再開日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
搬送中の ECG 波形変化	1.VF <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 2.無頻脈 VT <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 3.PEA <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 4.心静止 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 5.その他 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
除細動	<input type="radio"/> 適応なし <input type="radio"/> 適応あり <input type="radio"/> 適応あるも施行できず	開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
回数	_____回		
救命士の薬剤投与認定	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
静脈路確保	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	静脈路確保日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
救急隊によるアドレナリン投与	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	アドレナリン投与日時	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
回数	_____回		
BVM による換気障害	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		
高度な気道確保の試み	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	試みた気道確保の種類	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 用手もしくは経鼻・経口エアウェイ <input type="radio"/> 声門上デバイス <input type="radio"/> 気管挿管 <input type="radio"/> その他
救命士の挿管認定	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	気道確保日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
窒息解除の試み	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	窒息の解除状況	<input type="radio"/> 固体・来院時残存あり <input type="radio"/> 固体・来院時残存なし <input type="radio"/> 流動体・来院時残存あり <input type="radio"/> 流動体・来院時残存なし (残存少量で換気に大きく影響しない場合は「なし」。流動体は粥状を含む)
病院前自動胸部圧迫の使用	<input type="radio"/> Lucas <input type="radio"/> AutoPulse <input type="radio"/> CLOVER <input type="radio"/> 機種不明 <input type="radio"/> 使用無し		

SOS—KANTO 病院搬入時情報(2019 年開始) Ver1.01

5. DR ヘリ・カー記録

*ドクターカー ドクターヘリ出場	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	病院前医師派遣種類	<input type="checkbox"/> ドクターカー <input type="checkbox"/> ドクターヘリ <input type="checkbox"/> その他
薬剤投与有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	投与薬剤	<input type="checkbox"/> アドレナリン <input type="checkbox"/> アミオダロン
アドレナリン投与日	____年__月__日__時__分	アドレナリン投与回数	____回
アミオダロン投与日	____年__月__日__時__分	アミオダロン投与回数	____回
気道確保有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 用手のみもしくは経鼻・経口エアウェイ <input type="radio"/> 声門上デバイス <input type="radio"/> 気管挿管 <input type="radio"/> その他		
気道確保日	____年__月__日__時__分		
対応人員人数(医師)	____人	対応人員人数(看護師)	____人

6. 病院搬入後の状態

*病院収容日	____年__月__日__時__分	医師接触日	____年__月__日__時__分
二次救命処置	<input type="radio"/> 施行 <input type="radio"/> 非施行-医師判断 <input type="radio"/> 非施行-本人・家族希望 <input type="radio"/> 自己心拍再開済み <input type="radio"/> その他		
*心拍再開	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 病院収容時すでに心拍再開 <input type="radio"/> なし	心拍再開日	____年__月__日__時__分
病院収容時 瞳孔	右____mm	左____mm	対光反射 右 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 左 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
入院時(ER 死亡時)の心拍再開後 瞳孔	右____mm	左____mm	対光反射 右 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明 左 <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
対光反射・瞳孔測定日(入院時・ER 死亡時)	____年__月__日__時__分	死戦期呼吸の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
*病院収容後の意識状態	E____V____M____合計____ 「心拍再開時」もしくは「既に心拍再開時」の意識状態 心拍再開しない場合はE1V1M1		
*病院収容後に最初に確認した心電図波形	<input type="radio"/> 心室細動(VF) <input type="radio"/> 無脈性心室頻拍(pulseless VT) <input type="radio"/> 無脈性電気活動(PEA) <input type="radio"/> 心静止 <input type="radio"/> 心拍あり <input type="radio"/> 症候性徐脈		
病院収容時もしくは医師接触時の体温	<input type="radio"/> 計測可能 <input type="radio"/> 計測不可	____℃	<input type="radio"/> 鼓膜 <input type="radio"/> 直腸 <input type="radio"/> 膀胱 <input type="radio"/> 腋窩 <input type="radio"/> その他
病院前自動胸部圧迫の使用	<input type="radio"/> Lucas <input type="radio"/> AutoPulse <input type="radio"/> CLOVER <input type="radio"/> 機種不明 <input type="radio"/> 使用無し		
*心拍再開後の12誘導心電図	<input type="radio"/> 未実施(心拍再開せずを含む) <input type="radio"/> 実施あり	心拍再開後のST上昇	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
肋骨骨折	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	気胸	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明

7. 病院収容後処置

心エコー実施	<input type="radio"/> 実施せず <input type="radio"/> 壁運動あり <input type="radio"/> 壁運動なし <input type="radio"/> 不明・その他		
*除細動	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	*気管挿管	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 救急救命士により挿管済み <input type="radio"/> なし
体外循環治療施行	<input type="radio"/> 施行せず <input type="radio"/> VA-ECMO <input type="radio"/> VV-ECMO <input type="radio"/> 導入不成功		
体外循環治療開始のタイミング	<input type="radio"/> 初回 ROSC 前 <input type="radio"/> 初回 ROSC 後	体外循環 ポンプ開始日	____年__月__日__時__分
体外循環離脱	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	体外循環 離脱日	____年__月__日__時__分
体外循環合併症 1: 脳卒中	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	体外循環合併症 2: 下肢虚血	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
*IABP 施行	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*CAG 施行	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
カテ室入室日	____年__月__日__時__分	CAG 冠動脈狭窄閉塞所見 (75%以上)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
PCI 施行	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	PCI 再灌流の有無	<input type="radio"/> 再灌流あり <input type="radio"/> 再灌流せず
PCI 再灌流日	____年__月__日__時__分	CABG 施行	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
手術終了日	____年__月__日__時__分		

8. 心停止中の薬剤使用

*アドレナリン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*アドレナリン初回投与日	____年__月__日__時__分
*アドレナリン投与回数	____回	*アドレナリン投与総量	____mg
*アミオダロン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*ニフェカント	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
*リドカイン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*アトロピン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
*マグネシウム	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	*バゾプレシン	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

9. CPAに至った理由

*CPAに至った理由	<input type="radio"/> 心原性 <input type="radio"/> 非心原性 (非心原性と特定できない場合は除外診断に基づく心原性とする)
心原性内訳	<input type="radio"/> 急性冠症候群 <input type="radio"/> それ以外の心疾患 <input type="radio"/> 不明(推定心原性)
非心原性内訳	<input type="radio"/> 脳血管障害 <input type="radio"/> 呼吸器系疾患 <input type="radio"/> 悪性腫瘍 <input type="radio"/> 外因 <input type="radio"/> その他
非心原性外因内訳	<input type="radio"/> 交通事故 <input type="radio"/> 墜落・転落 <input type="radio"/> 縊首 <input type="radio"/> 溺水 <input type="radio"/> 窒息 <input type="radio"/> 中毒 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他
SIDS	<input type="checkbox"/> SIDS

10. 入院情報

*病院搬入後の状態	<input type="radio"/> ICU/病棟入院 <input checked="" type="radio"/> 外来処置室で死亡
蘇生中止(DNR指示)有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
外来処置室での蘇生努力中止日	____年__月__日__時__分 (外来処置室で死亡時)

11. 血液データ

血液ガスデータの採取場所	<input type="radio"/> 動脈 <input type="radio"/> 静脈 <input type="radio"/> 不明		
ROSC前 初回採血			
採血日	____年__月__日__時__分	pH	____ PaCO2 _____ mmHg PaO2 _____ mmHg
HCO3	____ mEq/L BE _____ mEq/L	Glu	____ mg/dL Lac _____ mg/dL <input type="radio"/> mmol/L
初日 WBC	____ / μ L <input type="checkbox"/> 実施せず	初日 CRP	____ mg/L <input type="checkbox"/> 実施せず
Na	____ mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず	K	____ mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず
Cl	____ mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず	Hb	____ g/dL <input type="checkbox"/> 実施せず
ALB	____ g/dL <input type="checkbox"/> 実施せず	尿酸値(ROSC後初回採血)	____ mg/dL <input type="checkbox"/> 実施せず
フィブリノゲン	____ mg/dL <input type="checkbox"/> 実施せず	PT-INR	____ <input type="checkbox"/> 実施せず
APTT	____ sec <input type="checkbox"/> 実施せず	FDP	____ μ g/mL <input type="checkbox"/> 実施せず
Dダイマー	____ μ g/mL <input type="checkbox"/> 実施せず	ROSC 6時間後 Lac	____ <input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mmol/L
2日目尿酸値	____ mg/dL	7日目 WBC	____ / μ L
7日目 CRP	____ mg/L		

12. 既往歴

発症前 Clinical Frailty Scale	<input type="radio"/> 壮健 <input type="radio"/> 健常 <input type="radio"/> 健康管理しつつ元気な状態を維持 <input type="radio"/> 脆弱 <input type="radio"/> 軽度のフレイル <input type="radio"/> 中等度のフレイル <input type="radio"/> 重度のフレイル <input type="radio"/> 非常に重度のフレイル <input type="radio"/> 疾患の終末期
----------------------------	---

13. 入院時の処置観察

なし

14. 退院情報

死亡確認日	____年__月__日__時__分
コメント	

SOS—KANTO 検査・予後(2019年開始) 病棟入院 Ver1.01

9. CPAに至った理由

*CPAに至った理由	<input type="radio"/> 心原性 <input type="radio"/> 非心原性 (非心原性と特定できない場合は除外診断に基づく心原性とする)
心原性内訳	<input type="radio"/> 急性冠症候群 <input type="radio"/> それ以外の心疾患 <input type="radio"/> 不明(推定心原性)
非心原性内訳	<input type="radio"/> 脳血管障害 <input type="radio"/> 呼吸器系疾患 <input type="radio"/> 悪性腫瘍 <input type="radio"/> 外因 <input type="radio"/> その他
非心原性外因内訳	<input type="radio"/> 交通事故 <input type="radio"/> 墜落・転落 <input type="radio"/> 縊首 <input type="radio"/> 溺水 <input type="radio"/> 窒息 <input type="radio"/> 中毒 <input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> その他
SIDS	<input type="checkbox"/> SIDS

10. 入院情報

*病院搬入後の状態	<input checked="" type="radio"/> ICU/病棟入院 <input type="radio"/> 外来処置室で死亡	入院日	年 月 日 時 分
蘇生中止(DNR指示)有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	入院時の意識障害	E V M 合計

11. 血液データ

血液ガスデータの採取場所	<input type="radio"/> 動脈 <input type="radio"/> 静脈 <input type="radio"/> 不明		
ROSC前 初回採血			
採血日	年 月 日 時 分	pH	PaCO2 mmHg PaO2 mmHg
HCO3 mEq/L	BE mEq/L	Glu mg/dL	Lac <input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mmol/L
ROSC後 初回採血			
採血日	年 月 日 時 分	pH	PaCO2 mmHg PaO2 mmHg
HCO3 mEq/L	BE mEq/L	Glu mg/dL	Lac <input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mmol/L
初日 WBC	/ μ L <input type="checkbox"/> 実施せず	初日 CRP	mg/L <input type="checkbox"/> 実施せず
Na	mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず	K	mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず
Cl	mmol/L <input type="checkbox"/> 実施せず	Hb	g/dL <input type="checkbox"/> 実施せず
ALB	g/dL <input type="checkbox"/> 実施せず	尿酸値(ROSC後初回採血)	mg/dL <input type="checkbox"/> 実施せず
フィブリゲン	mg/dL <input type="checkbox"/> 実施せず	PT-INR	<input type="checkbox"/> 実施せず
APTT	sec <input type="checkbox"/> 実施せず	FDP	μ g/mL <input type="checkbox"/> 実施せず
Dダイマー	μ g/mL <input type="checkbox"/> 実施せず	ROSC 6時間後 Lac	<input type="radio"/> mg/dL <input type="radio"/> mmol/L
2日目尿酸値	mg/dL	7日目 WBC	/ μ L
7日目 CRP	mg/L		

12. 既往歴

発症前 Clinical Frailty Scale	<input type="radio"/> 壮健 <input type="radio"/> 健常 <input type="radio"/> 健康管理しつつ元気な状態を維持 <input type="radio"/> 脆弱 <input type="radio"/> 軽度のフレイル <input type="radio"/> 中等度のフレイル <input type="radio"/> 重度のフレイル <input type="radio"/> 非常に重度のフレイル <input type="radio"/> 疾患の終末期		
Myocardial infarction 心筋梗塞	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Congestive heart failure うっ血性心不全	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Peripheral vascular disease 末梢血管疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Cerebrovascular disease 脳血管疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Dementia 認知症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Chronic pulmonary disease 慢性肺疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Rheumatologic disease リウマチ疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Peptic ulcer disease 消化性潰瘍	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Mild liver disease 軽度の肝疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Diabetes without chronic complications 慢性合併症を伴わない糖尿病	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Diabetes with chronic complications 慢性合併症を伴う糖尿病	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Hemiplegia or paraplegia 片麻痺または対麻痺	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Renal disease 腎疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	心停止前維持透析の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Any malignancy, including leukemia and lymphoma 白血病	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	Moderate or severe liver disease 中等度～重度の肝疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
Metastatic solid tumor 転移性固形腫瘍	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	AIDS/HIV	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
高血圧	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	精神疾患	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
心房細動	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	尿酸阻害薬内服の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
β ブロッカー内服の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明		

13. 入院時の処置観察

入院時身長	_____ cm	入院時身長	_____ kg
治療目的体温管理の実施	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	Protocol に準じて治療選択をしたか	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
冷却目標または維持体温	<input type="radio"/> 32℃ <input type="radio"/> 33℃ <input type="radio"/> 34℃ <input type="radio"/> 35℃ <input type="radio"/> 36℃		
体温管理の開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分	冷却開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
目標体温到達有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	体温管理の目標体温到達日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
体温管理の復温開始日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分	体温管理の36℃到達日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
体温管理の完遂の有無	<input type="radio"/> 完遂 <input type="radio"/> 中断	体温管理の方法 胃灌流	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
体温管理の方法 冷却輸液静注	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	体温管理の方法 体表冷却 <small>(水循環式体表(パッド)システムを含む)</small>	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
体温管理の方法 血液内冷却装置	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	体温管理の方法 体外循環熱交換器	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
体温管理の方法 その他	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		
筋弛緩薬使用方法	<input type="radio"/> 使用無し <input type="radio"/> ボース投与 <input type="radio"/> 持続投与 <input type="radio"/> ボース投与+持続投与		
筋弛緩薬使用開始日	_____年 _____月 _____日	筋弛緩薬使用完了日	_____年 _____月 _____日
鎮痛薬の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	筋弛緩薬の種類	<input type="checkbox"/> デクスメトミジン <input type="checkbox"/> プロポフォール <input type="checkbox"/> ミダゾラム <input type="checkbox"/> その他
shiveringの有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	Shivering 出現日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
病院到着後	6 時間体温 _____℃	12 時間体温 _____℃	18 時間体温 _____℃
病院到着後	24 時間体温 _____℃	48 時間体温 _____℃	72 時間体温 _____℃
経消化管栄養実施の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	経消化管栄養開始日	_____年 _____月 _____日
中心静脈栄養使用有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	中心静脈栄養開始日	_____年 _____月 _____日
経口摂取有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	経口摂取開始日	_____年 _____月 _____日
ROSC 後 6 時間以内に撮影した CT	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	CT 撮影日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
くも膜下出血の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	皮髄境界不明瞭化の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
スライス 3(側脳室上端が見えるスライスから 2 スライス上)			
白質の CT 吸収値 右 _____ 左 _____	灰白質の CT 吸収値 右 _____ 左 _____		
スライス 2(側脳室上端が見えるスライスから 1 スライス上)			
白質の CT 吸収値 右 _____ 左 _____	灰白質の CT 吸収値 右 _____ 左 _____		
スライス 1(大脳基底核が見えるスライス)			
内胞後脚の CT 吸収値 右 _____ 左 _____	視床の CT 吸収値 右 _____ 左 _____		
抗菌薬の使用の有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	抗菌薬使用開始日	_____年 _____月 _____日
初回抗菌薬投与目的	<input type="radio"/> 感染予防目的 <input type="radio"/> 感染治療目的	抗菌薬使用終了日	_____年 _____月 _____日

14. 退院情報

入院後 DNR の指示決定有無	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	入院後 DNR 指示日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分
転帰 24 時間 CPC	<input type="radio"/> 1 機能良好 <input type="radio"/> 2 中等度障害 <input type="radio"/> 3 高度障害 <input type="radio"/> 4 昏睡、植物状態 <input type="radio"/> 5 死亡、もしくは脳死		
転帰 24 時間 PCPC	<input type="radio"/> 1 正常 <input type="radio"/> 2 軽度の障害 <input type="radio"/> 3 中等度の障害 <input type="radio"/> 4 重度の障害 <input type="radio"/> 5 昏睡または植物状態 <input type="radio"/> 6 死亡		
転帰 7 日後 CPC	<input type="radio"/> 1 機能良好 <input type="radio"/> 2 中等度障害 <input type="radio"/> 3 高度障害 <input type="radio"/> 4 昏睡、植物状態 <input type="radio"/> 5 死亡、もしくは脳死		
転帰 7 日後 PCPC	<input type="radio"/> 1 正常 <input type="radio"/> 2 軽度の障害 <input type="radio"/> 3 中等度の障害 <input type="radio"/> 4 重度の障害 <input type="radio"/> 5 昏睡または植物状態 <input type="radio"/> 6 死亡		
退院日	_____年 _____月 _____日	発症 1 ヶ月(30 日)後生存	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
発症 1 ヶ月(30 日)後生存あり内訳	<input type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 生存退院		
発症 1 ヶ月後 CPC	<input type="radio"/> 1 機能良好 <input type="radio"/> 2 中等度障害 <input type="radio"/> 3 高度障害 <input type="radio"/> 4 昏睡、植物状態 <input type="radio"/> 5 死亡、もしくは脳死		
発症 1 ヶ月後 PCPC	<input type="radio"/> 1 正常 <input type="radio"/> 2 軽度の障害 <input type="radio"/> 3 中等度の障害 <input type="radio"/> 4 重度の障害 <input type="radio"/> 5 昏睡または植物状態 <input type="radio"/> 6 死亡		
発症 3 ヶ月後 CPC	<input type="radio"/> 1 機能良好 <input type="radio"/> 2 中等度障害 <input type="radio"/> 3 高度障害 <input type="radio"/> 4 昏睡、植物状態 <input type="radio"/> 5 死亡、もしくは脳死		
発症 3 ヶ月後 PCPC	<input type="radio"/> 1 正常 <input type="radio"/> 2 軽度の障害 <input type="radio"/> 3 中等度の障害 <input type="radio"/> 4 重度の障害 <input type="radio"/> 5 昏睡または植物状態 <input type="radio"/> 6 死亡		
死亡確認日	_____年 _____月 _____日 _____時 _____分		
出来高入院費用	_____円	入院日数	_____日
コメント			