ダイビング事故チェックリスト

2016.5.9改訂

アクシデント発症（発見）	時間 （　　：　　）
	場所

患者	氏名 （　　）	カナ （　　）	
	□ 男　□ 女	年齢 （　　）才	
	生年月日　昭和 ・ 平成　西暦　　年　　月　　日		
	住所		
	電話番号		
	ダイビングの経験年数 （　　）年	経験本数 （　　）本	

緊急連絡先	氏名	続柄
	電話番号	携帯番号
Shop ・グループ名		

意識	□無し　□有り	メモ
呼吸	□無し　□有り	
循環(脈拍)	□無し　□有り	
嘔吐	□無し　□有り	
人工呼吸	□無し　□有り 開始時間 （　：　）	
胸骨圧迫	□無し　□有り 開始時間 （　：　）	
AED 作動	□無し　□有り 開始時間 （　：　）	
	□ 除細動1回目 （　：　）	
	□ 除細動2回目 （　：　）	
	□ 除細動3回目 （　：　）	
	□ 除細動4回目 （　：　）	
酸素吸入	□無し　□有り 開始時間 （　：　）	
心拍再開	□無し　□有り 再開時間 （　：　）	
自発呼吸	□無し　□有り 再開時間 （　：　）	
意識回復	□無し　□有り 回復時間 （　：　）	

減圧障害の可能性	□ 高い　□ 低い	
潜水開始時間 （　：　） ～ 潜水終了時間 （　：　） （　）分間		
最大深度 （　）m	平均深度 （　）m	
一日の潜水時間 （　）時間	本日 （　） 本目	
浮上	□ 問題なし □ 急浮上　□ 息こらえ　他アクシデント （　）	
前日睡眠時間 （　） ・不明		
前日飲酒	□ 無し　□ 有り （　） ・不明	
本日最終飲食 （　時　分 ）（内容　） ・不明		
既往歴 ・ 内服薬 （　） ・不明		

記入者	氏名	
	電話番号	携帯番号

付添い者	氏名	続柄
	電話番号	携帯番号

最高飛行高度 （　）m

順天堂大学医学部附属静岡病院 静岡県東部ドクターヘリ 作成

記入日　　年　　月　　日

運航対策室 FAX: 055-948-3187