

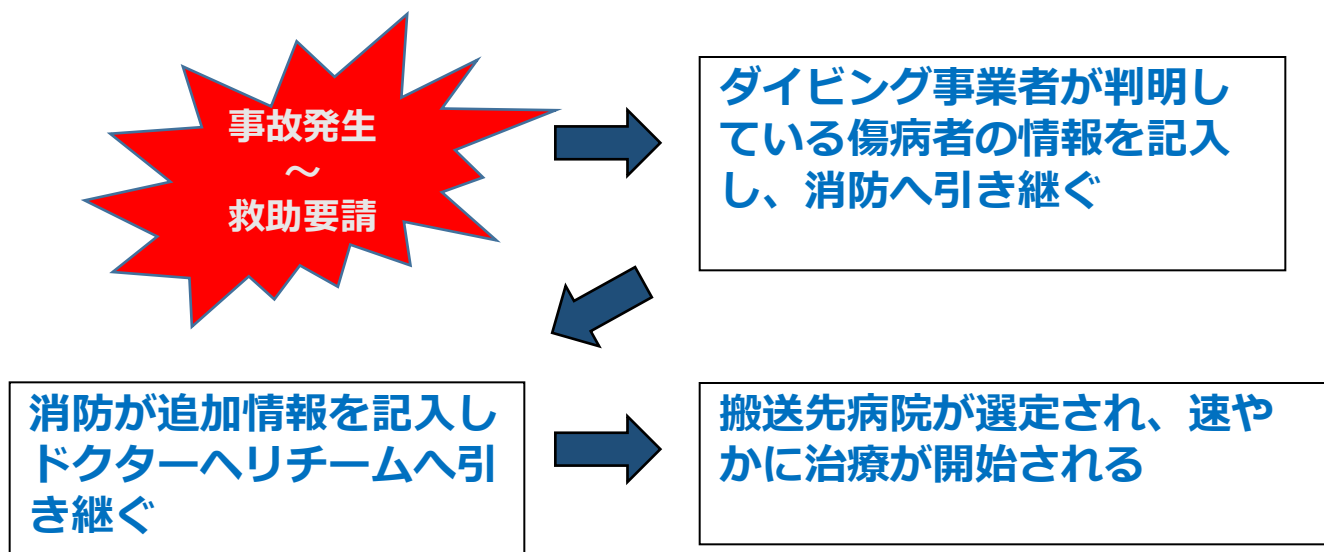
ダイビング事故チェックリストの活用推進

ダイビング事故チェックリストとは

伊豆半島のダイビング事故発生時における現場のダイビング事業者－地域の消防－ドクターヘリチームへ短時間で的確な情報を伝達する必要性から、統一したチェックリストを活用しています。

傷病者情報をチェックリストに記入し関係機関へ引き継ぐことにより、多岐にわたる減圧障害の症状を把握し、速やかな治療病院の選定や治療開始までの搬送にかかる時間短縮を図ることを目的としています。

チェックリスト使用方法



このチェックリストの作成の目的は「傷病者の情報を正しくかつ必要な項目」に絞り込み関係各所での搬送先の選定や搬送にかかる時間の短縮につなげることなのです。



記入例

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 (13:20)
	場所 伊豆海洋公園ダイビングセンター

患者	氏名 (潜水 好子) カナ (ひそみず よしこ)
	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 年齢 (45) 才
	生年月日 (昭利) ・ 平成 西暦 48 年 2 月 14 日
	住所 横浜市磯子区栗本町235
	電話番号 090-3346-414*
	ダイビングの経験年数 (10) 年 経験本数 (200) 本
緊急連絡先	氏名 潜水 結弦 続柄 夫
	電話番号 045-833-887* 携帯番号 090-8118-412*
Shop・グループ名	横浜オルカ

		メモ
意識	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	5m安全停止中 レギュ外し急浮上 ↓ 意識なし水面で泡吹く ↓ 声かけ反応なし 酸素吸入 100/分
呼吸	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	
循環(脈拍)	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	
嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
人工呼吸	<input checked="" type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 開始時間 (:)	
胸骨圧迫	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 開始時間 (13:22)	
AED 作動	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 開始時間 (13:23)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 除細動1回目 (13:23)	
	<input type="checkbox"/> 除細動2回目 (:)	
	<input type="checkbox"/> 除細動3回目 (:)	
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 開始時間 (13:24)	
心拍再開	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 再開時間 (13:25)	
自発呼吸	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 再開時間 (13:25)	
意識回復	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り 回復時間 (13:28)	

減圧障害の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い
潜水開始時間 (12:35) ~ 潜水終了時間 (13:20) (45) 分間	
最大深度 (23) m	平均深度 (15) m
一日の潜水時間 () 時間	本日 (2) 本目
浮上	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 急浮上 <input type="checkbox"/> 息こらえ 他アクシデント ()
前日睡眠時間 ()	不明
前日飲酒	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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 佐野 沙羅 (IOPスタッフ)
	電話番号 携帯番号 0908806414*

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
-----------	-------------------------

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		

		メモ
意識	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
呼吸	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
循環(脈拍)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
嘔吐	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
人工呼吸	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 開始時間 (:)	
胸骨圧迫	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 開始時間 (:)	
AED 作動	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 開始時間 (:)	
	<input type="checkbox"/> 除細動1回目 (:)	
	<input type="checkbox"/> 除細動2回目 (:)	
	<input type="checkbox"/> 除細動3回目 (:)	
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 開始時間 (:)	
心拍再開	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 再開時間 (:)	
自発呼吸	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 再開時間 (:)	
意識回復	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 回復時間 (:)	

減圧障害の可能性	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 急浮上 <input type="checkbox"/> 息こらえ 他アクシデント ()
前日睡眠時間 () ・不明	
前日飲酒	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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	
	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