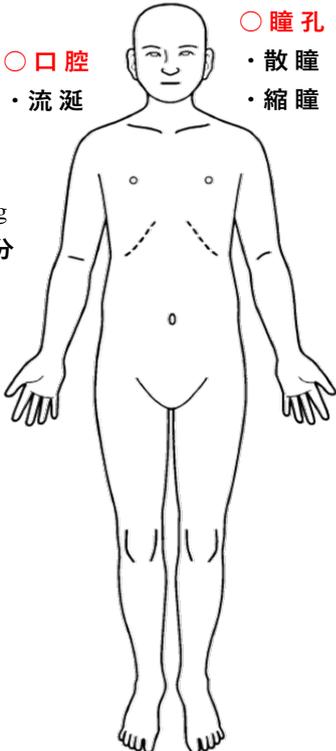


健康危機管理情報提供シート

時間 月 日 時 分 第 報 (1時間後に再情報提出のこと)

- 1 医療機関名及び連絡先 (電話番号とファックス番号)
- 2 収容患者名及び重症度 (死亡、重症、軽症)
- 3 症状・その他参考となる所見 (該当するものに○を付けて下さい)



○ 中枢神経系

- ・意識レベル低下
- ・痙攣

○ 口腔

- ・流涎

○ 瞳孔

- ・散瞳
- ・縮瞳

○ 曝露経路

- ・経口
- ・経気道
- ・経皮

○ 循環器系

- ・血圧 mmHg
- ・脈拍数 回/分
- ・不整脈

○ 呼吸器系

- ・咳
- ・呼吸減弱
- ・ラ音聴取
- ・SpO₂ 空気下 %
- 酸素投与 (ℓ) 下 %

○ 皮膚

- ・チアノーゼ
- ・じっとり
- ・冷感
- ・温感
- ・発赤
- ・びらん

○ 消化器系

- ・嘔吐
- ・腹痛
- ・下痢

○ その他 参考となる所見および事項 (症状から考えられる原因物質等)

- 4 施設の状況
 - ・ 搬入可能患者数
 - ・ 不足している医薬品等

※「日本中毒情報センター」から毒性情報・治療情報の連絡があり次第、「福岡県救急医療情報センター」より同情報を連絡します。