（新規様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書記号・番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　秋田県メディカルコントロール協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○○○○○○○○○消防長　　印

　　　　　　　　医師の具体的指示下において気管内チューブによる気道確保を

　　　　　　　　実施することができる救急救命士の認定について（申請）

　　　　　救急救命士法施行規則第２１条第３項の規定に基づく、重度傷病者のうち心肺

　　　　機能停止状態の患者に対する救急救命処置としての医師の具体的指示下における

　　　　気管内チューブによる気道確保について、次の者が、「救急救命士の気管内チュー

　　　　ブによる気道確保の実施のための講習及び実習について（厚生労働省医政局指導

　　　　課長通知、平成１６年３月２３日付け医政指発第０３２３０４９号）」による資格

　　　　要件を満たす者として、認定されるよう申請します。

１　救急救命士氏名　○　○　○　○

　　　（添付図書）

　　　　・救急救命士免許証（写し）

　　　　・追加講習の修了証書（写し）

・病院実習の修了証書（写し）

・気管挿管病院実習記録表（写し）

・初めてビデオ喉頭鏡による気管挿管の認定を受ける者は、既に受けている

認定書及びビデオ喉頭鏡実習前講習の修了書（写し）

　　　（Ａ４版）

（新規様式２）

　　　　　　　　 　　　　　　気管挿管病院実習記録表

 　　 　　 　　 病院

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 　 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年齢　 　歳 |
| 救急救命士国家資格 | 登録年月日　令和　　　年　　　月　　　日 | 登録番号　第　　　　　　　号 |
| 病院実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| No. | 実施月日 | 年齢 | 性 別 | 実 施 結 果 | 使用機器／特記事項 | 担当医師署名 |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習担当管理責任者　　　　　　　　　　　　　　（自署）

（新規様式３）

**医師の具体的指示下において**

**気管内チューブによる気道確保を実施することができる**

**救急救命士であることの認定書**

**登録番号　第○○○号**

**氏　　名　○○○○○**

**上記の者は、救急救命士法施行規則第２１条の規定に基づく重度**

**傷病者のうち心肺機能停止状態の患者に対する救急救命処置として、**

**医師の具体的指示下における気管内チューブによる気道確保を実施**

**することのできる救急救命士であることを認定します。**

**但し、本認定書の有効期間は令和　　年　　月　　日です。**

**令和　　年　　月　　日**

**秋田県メディカルコントロール協議会長　印**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **初回認定日** |
| **気管挿管認定救急救命士** | **令和○○年○○月○○日** |
| **ビデオ硬性挿管認定救急救命士** | **令和○○年○○月○○日** |

（新規様式４）

※　認定更新欄は必要に応じて追加する。

（更新様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書記号・番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　秋田県メディカルコントロール協議会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○○○○○○○○○消防長　印

　　　　　　　　　医師の具体的指示下において気管内チューブによる気道確保を

　　　　　　　　　実施することができる救急救命士の認定の更新について（申請）

　　　　　次の者は、救急救命士法施行規則第２１条の規定に基づく、重度傷病者のうち心

肺機能停止状態の患者に対する救急救命処置として、医師の具体的指示下における

　　　　気管内チューブによる気道確保を実施することができる救急救命士です。

このたび、別添書類のとおり「気管挿管認定救急救命士の認定更新と再教育の実施

について（秋田県ＭＣ協議会、平成１９年１０月１０日施行）」の規定による要件を

満たす者として、認定が更新されるよう申請します。

１　救急救命士氏名　　○　○　○　○

　　　　　　　　　　　　 ２　前回認定年月日　　○○年○月○日

　　　　（添付図書）

・ 認定証（写し）

・現場での気管挿管実施症例確認証（更新様式２）

・病院実習記録表（更新様式３）

　　　（Ａ４版）

（更新様式２）

現場での気管挿管実施症例確認証

 　　　　 　　 消防本部

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 　 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年齢　 　歳 |
| 救急救命士国家資格 | 登録年月日　令和　　　年　　　月　　　日 | 登録番号　第　　　　　　　号 |
| 対象となる実施期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| No. | 実 施 月 日 | 年齢 | 性 別 | 実 施 結 果 | 使用機器／特記事項 | 地域協議会検証月日 |
| １ | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
| ２ | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
| ３ | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
|  | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
|  | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
|  | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |
|  | 年 　月 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  | 年 　月 日 |

上記の者は、「気管挿管認定救急救命士の認定更新と再教育の実施について（秋田県ＭＣ協議会、平成１９年１０月１０日施行）」に定める現場での実施症例数は上記のとおりであることを認めます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○地域協議会長　　　　　　　　　　　　　　（自署）

（更新様式３）

　　　　　　　　 　　 　　気管挿管病院実習記録表

 　　　　　　 病院

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 　 | 　　　年　　　月　　　日生 | 年齢　 　歳 |
| 救急救命士国家資格 | 登録年月日　令和　　　年　　　月　　　日 | 登録番号　第　　　　　　　号 |
| 病院実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　令和　　　年　　　月　　　日 |
| No. | 実施月日 | 年齢 | 性 別 | 実 施 結 果 | 使用機器／特記事項 | 担当医師署名 |
| １ | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
| ２ | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
| ３ | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |
|  | 月 　 日 |  | 男／女 | 成功／不成功 |  |  |

上記の者は、「気管挿管認定救急救命士の認定更新と再教育の実施について（秋田県ＭＣ協議会、平成１９年１０月１０日施行）」に定める再教育のための病院実習は上記のとおり修了したものと認めます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習担当管理責任者　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

（更新様式４）

**医師の具体的指示下において**

**気管内チューブによる気道確保を実施することができる**

**救急救命士であることの認定書**

**登録番号　第○○○号**

**氏　　名　○○○○○**

**上記の者は、救急救命士法施行規則第２１条の規定に基づく重度**

**傷病者のうち心肺機能停止状態の患者に対する救急救命処置として、**

**医師の具体的指示下における気管内チューブによる気道確保を実施**

**することのできる救急救命士であることを認定します。**

**但し、本認定書の有効期間は令和　　年　　月　　日です。**

**令和　　年　　月　　日**

**秋田県メディカルコントロール協議会長　印**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **初回認定日** |
| **気管挿管認定救急救命士** | **令和○○年○○月○○日** |
| **ビデオ硬性挿管認定救急救命士** | **令和○○年○○月○○日** |