

ダイビング事故チェックリスト

2022.3.3改訂

アクシデント発症(発見)	時間 (:)
	場所
患者	氏名 () カナ ()
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 (:)	
<input type="checkbox"/> 除細動4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	【メールアドレス】
	電話番号	

付添い者	氏名	続柄
	電話番号	



最高飛行高度 ()m	運航対策室 メールアドレス j-dheli1@mvc.biglobe.ne.jp
記入日 年 月 日	運航対策室 FAX: 055-948-3187