**自動体外式除細動器（ＡＥＤ）使用報告書**

令和　　年　　月　　日

鳥取市保健総務課　課長　様

住　　　所

団　体　名

代表者氏名

電 話 番 号

報告者氏名

下記のとおりAEDを使用しましたので、報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 使 用 日 時 | 令和　　年　　月　　日（　　　）　　　時　　　分頃 |
| 使 用 場 所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 屋内 ・ 屋外 ） |
| AED操作者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）年齢 |
| 救命講習等の受講　（　有　・　無　） |
| 患 者 情 報 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）年齢 |
| AED使用時の状　　況※AED使用後の患者の救命状況もわかる範囲で記入してください。 | 電気ショック回数（　　　回） |

備考

１ AEDを使用した場合、本書を鳥取市保健総務課へ提出してください。

２ 患者情報欄は、わかる範囲で差し支えありません。

３ AEDを実際に使用（電気ショックの実施）していなくても、パッドの袋を開封した場合は本書を提出してください。