

# 「119구조·구급에 관한 법률 시행규칙」 개정(안)

## 1. 개정 이유

응급의료법 제31조의4에 따라 119구급대가 환자를 적절히 분류하기 위하여 그 교육·훈련에 대한 사항을 소방청장이 정하고, 관련서식의 환자 분류부분과 기타 개선이 필요한 부분을 개정하기 위함.

## 2. 주요내용

가. 구급대원의 교육훈련 규정 정비(안 제26조의3, 제26조의3항3)

- 1) 119구급대의 세부 교육·훈련 내용과 이수기준에 대한 사항을 소방청장이 정하도록 함.
- 2) 응급의료법 제31조의4제1항에 따른 중증도 분류 및 감염병 의심환자 분류 교육을 소방청장이 하도록 함.

나. 구급활동일지 서식 정비(안 별지 제5호)

- 1) 기존의 환자 분류를 병원 기준과 동일한 5단계(Pre-KTAS)로 시행하도록 구급활동일지 서식을 개정함.
- 2) 구급현장에서 신생아를 분만한 경우, 출생의 근거 기록이 될 수 있도록 정확한 분만 시간을 기록할 수 있도록 구급활동일지 서식을 개정함.
- 3) 구급차량 구분, 환자 직업란 삭제 등 개선이 필요한 부분을 개정함.

## 3. 참고사항

가. 관계법령 : 생략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 0000부 등과 합의되었음

라. 기 타 : 신·구조문대비표, 별첨

## 119구조·구급에 관한 법률 시행규칙 일부개정령안

119구조·구급에 관한 법률 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제26조제3항 각 호 외의 부분 본문 중 “한다”를 “하며, 세부 교육훈련 내용과 이수 기준은 소방청장이 정한다”로 하고, 같은 항 제3호를 제4호로 하며, 같은 항에 제3호를 다음과 같이 신설한다.

3. 응급의료법 제31조의4제1항에 따른 중증도 분류 및 감염병 의심환자 분류 교육

별지 제5호서식을 별지와 같이 한다.

## 신·구조문대비표

| 현행                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 개정안                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제26조(구급대원의 교육훈련) ①<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· ② (생략)</li> <li>③ 구급대원은 연간 40시간 이상 다음 각 호의 내용을 포함하는 특별교육훈련을 받아야 한다. 다만, 소방청장은 법 제23조의2제1항에 따른 감염병환자등이 대규모로 발생하는 등의 사유로 구급대원의 업무과중이 우려되는 경우에는 구급대원이 이수해야 하는 연간 특별교육훈련 시간을 줄임할 수 있다.</li> <li>1. 2. (생략)</li> <li><u>&lt;신설&gt;</u></li> <li>3. (생략)</li> <li>④ ~ ⑥ (생략)</li> </ul> | 제26조(구급대원의 교육훈련) ①<br><ul style="list-style-type: none"> <li>· ② (현행과 같음)</li> <li>③ -----<br/>-----<br/>----- 하<br/>며, 세부 교육훈련 내용과 이수<br/>기준은 소방청장이 정한다. ---<br/>-----<br/>-----<br/>-----<br/>-----.</li> <li>1. 2. (현행과 같음)</li> <li>3. <u>응급의료법 제31조의4제1항에 따른 중증도 분류 및 감염병 의심환자 분류 교육</u></li> <li>4. (현행 제3호와 같음)</li> <li>④ ~ ⑥ (현행과 같음)</li> </ul> |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|-------|----|------------------|-------|
| 소방서                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 119구급대(안전센터)                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>구 급 활 동 일 지</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     | 결재                                                                                           |                                                                                                                          | 119구급대장(센터장) |  |       |    |                  |       |
| 전화)                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 차량번호                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 구분                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 특수일반 <input type="checkbox"/> 특수특별 <input type="checkbox"/> 헬기 <input type="checkbox"/> 펌블런스 <input type="checkbox"/> 기타                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 구급<br>출동                     | 신고 일시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 신고자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 신고방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 일반전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 출동 시각                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 환자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 나이                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 세                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 성별                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여   생년월일                                 |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 현장 도착                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 인적                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | (Tel   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 환자 접촉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 사항                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 직업                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 유아 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 직장인 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 기타(   ) <input type="checkbox"/> 외국인(국적:   )                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 거리                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | km                                                                                                                                             | 보호자 등                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 관 계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 현장 출발                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 환자발생 위치                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 집단거주시설 <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 도로의 교통지역 <input type="checkbox"/> 오락/문화 시설 <input type="checkbox"/> 학교/교육시설 <input type="checkbox"/> 운동시설 <input type="checkbox"/> 상업시설<br><input type="checkbox"/> 의료관련시설 <input type="checkbox"/> 공장/산업/건설시설 <input type="checkbox"/> 일차산업장 <input type="checkbox"/> 바다/강/산/논밭 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 병원 도착                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 환자 증상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>■</b> 통증( <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 복통 <input type="checkbox"/> 요통 <input type="checkbox"/> 분만진통 <input type="checkbox"/> 그 밖의 통증)<br><b>■</b> 외상( <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 탈구 <input type="checkbox"/> 뺨 <input type="checkbox"/> 열상 <input type="checkbox"/> 찰과상 <input type="checkbox"/> 타박상 <input type="checkbox"/> 절단 <input type="checkbox"/> 압박손상 <input type="checkbox"/> 화상)<br><input type="checkbox"/> 의식장애 <input type="checkbox"/> 기도이물 <input type="checkbox"/> 기침 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 호흡정지 <input type="checkbox"/> 두근거림 <input type="checkbox"/> 가슴불편감 <input type="checkbox"/> 심정지 <input type="checkbox"/> 경련/발작 <input type="checkbox"/> 실신<br><input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 배뇨장애 <input type="checkbox"/> 객혈 <input type="checkbox"/> 혈변 <input type="checkbox"/> 비출혈 <input type="checkbox"/> 질출혈 <input type="checkbox"/> 그 밖의 출혈<br><input type="checkbox"/> 고열 <input type="checkbox"/> 저체온증 <input type="checkbox"/> 어지러움 <input type="checkbox"/> 마비 <input type="checkbox"/> 전신쇠약 <input type="checkbox"/> 정신장애 <input type="checkbox"/> 그 밖의 이물질 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 귀소 시간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                              | 출동 유형                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 오인 <input type="checkbox"/> 거짓 <input type="checkbox"/> 최소 <input type="checkbox"/> 기타<br>(복수 선택 가능)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 환자<br>발생<br>유형               | <input type="checkbox"/> 질 병                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                | 병 력<br>( <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 미상)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 뇌혈관질환 <input type="checkbox"/> 심장질환 <input type="checkbox"/> 폐질환 <input type="checkbox"/> 결핵 <input type="checkbox"/> 간염 <input type="checkbox"/> 간경화 <input type="checkbox"/> 알레르기<br><input type="checkbox"/> 암(종류:   ) <input type="checkbox"/> 신부전(투석여부:   ) <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 교통사고                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                | 사상자                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 운전자 <input type="checkbox"/> 동승자 <input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 그 밖의 탈 것(   ) <input type="checkbox"/> 미상                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 그 외 외상 (택일)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 추락 <input type="checkbox"/> 그 밖의 둔상 <input type="checkbox"/> 열상 <input type="checkbox"/> 자상 <input type="checkbox"/> 관통상 <input type="checkbox"/> 기계 <input type="checkbox"/> 농기계<br><input type="checkbox"/> 중독 <input type="checkbox"/> 익수 <b>■</b> 질식( <input type="checkbox"/> 연기흡입 <input type="checkbox"/> 외력에 의한 압박 <input type="checkbox"/> 이물질에 의한 기도막힘)                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | <input type="checkbox"/> 비외상성 손상 (택일)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>■</b> 화상( <input type="checkbox"/> 화염 <input type="checkbox"/> 고온체 <input type="checkbox"/> 전기 <input type="checkbox"/> 물) <input type="checkbox"/> 화학물질 <input type="checkbox"/> 동물/곤충 <input type="checkbox"/> 자연재해 <input type="checkbox"/> 온열손상<br><input type="checkbox"/> 한랭손상 <input type="checkbox"/> 성폭행 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 범죄의심                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 경찰통보 <input type="checkbox"/> 경찰인계 <input type="checkbox"/> 긴급이송 <input type="checkbox"/> 관련기관 통보                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| <input type="checkbox"/> 기타  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 임산부 <input type="checkbox"/> 단순주취 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 환자<br>평가                     | 의식상태                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1차                                                                                                                                             | ( : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2차                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( : )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U                                                                         | 사고부위(복수선택 가능)                                                                                |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 동공반응                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 좌                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 축동 <input type="checkbox"/> 산동 <input type="checkbox"/> 축정불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 반응 <input type="checkbox"/> 무반응 <input type="checkbox"/> 축정불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 활력 징후                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 시각                                                                                                                                             | 혈압                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 맥박                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  | 호흡    | 체온 | SpO <sub>2</sub> | 혈당체크  |
|                              | <input type="checkbox"/> 불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | :                                                                                                                                              | / mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 회/min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  | 회/min | ℃  | %                | mg/dL |
|                              | <input type="checkbox"/> 거부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | :                                                                                                                                              | / mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 회/min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  | 회/min | ℃  | %                | mg/dL |
| 환자분류                         | <input type="checkbox"/> 응급 <input type="checkbox"/> 준응급 <input type="checkbox"/> 잠재응급 <input type="checkbox"/> 대상 외 <input type="checkbox"/> 사망( <input type="checkbox"/> 추정)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 구급대원<br>평가소견                 | • 주 호소:   • 발생시간( <input type="checkbox"/> 추정):   :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 응급<br>처치<br>(복수<br>선택<br>가능) | <b>■</b> 기도확보( <input type="checkbox"/> 도수조작 <input type="checkbox"/> 기도유지기(airway) <input type="checkbox"/> 기도삽관(Intubation) <input type="checkbox"/> 성문외 기도유지기(supraglottic airway) <input type="checkbox"/> 흡인기 <input type="checkbox"/> 기도폐쇄처치<br><b>■</b> 산소투여:   L/min( <input type="checkbox"/> 비관 <input type="checkbox"/> 안면마스크 <input type="checkbox"/> 비재호흡마스크 <input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 산소소생기 <input type="checkbox"/> 포켓마스크 <input type="checkbox"/> 네블라이저 <input type="checkbox"/> 기타)<br><b>■</b> CPR( <input type="checkbox"/> 실시 <input type="checkbox"/> 거부 <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> 유보) <input type="checkbox"/> ECG <b>■</b> AED( <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Monitoring) <input type="checkbox"/> 기타(   )<br><b>■</b> 순환보조( <input type="checkbox"/> 정맥로 확보 <input type="checkbox"/> 수액공급(   cc) 확보) <input type="checkbox"/> 약물투여(   ) <b>■</b> 고정( <input type="checkbox"/> 목뼈 <input type="checkbox"/> 척추 <input type="checkbox"/> 부목 <input type="checkbox"/> 머리)<br><b>■</b> 상처처치( <input type="checkbox"/> 지혈 <input type="checkbox"/> 상처 소독 처치 <input type="checkbox"/> 분만 <input type="checkbox"/> 보온( <input type="checkbox"/> 온 <input type="checkbox"/> 냉) |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 의료<br>지도                     | 의료지도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 연결 <input type="checkbox"/> 미연결                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 요청시간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 요청방법                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 일반전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화( <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 화상) <input type="checkbox"/> 무전기 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 의료지도<br>기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 소방 <input type="checkbox"/> 병원<br><input type="checkbox"/> 기타(   )                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 의료<br>지도<br>내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 응급처치: <input type="checkbox"/> airway <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> supraglottic airway <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> AED <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> IV<br><input type="checkbox"/> BVM <input type="checkbox"/> 산소투여 <input type="checkbox"/> 고정 <input type="checkbox"/> 상처처치 <input type="checkbox"/> 혈당체크 <input type="checkbox"/> 보온 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 의료지도<br>의사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 성명                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 약물투여: <input type="checkbox"/> NS <input type="checkbox"/> DW <input type="checkbox"/> NTG <input type="checkbox"/> 기관지확장제 <input type="checkbox"/> 에피네프린 <input type="checkbox"/> 아미오돈론 <input type="checkbox"/> 기타(   )<br><input type="checkbox"/> 병원선정 <input type="checkbox"/> 환자평가 <input type="checkbox"/> CPR유보·중단 <input type="checkbox"/> 이송거절 <input type="checkbox"/> 이송거부 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 환자<br>이송                     | 이송 기관명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                | 도착시간<br>(거리)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 의료기관 선정자 등                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 재이송 사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              | 환자 인수자                                                                                                                   |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 1차                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 관할<br><input type="checkbox"/> 타사·도                                                                                   | (   km)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구급대 <input type="checkbox"/> 119상황실<br><input type="checkbox"/> 구급상황센터 <input type="checkbox"/> 환자/보호자<br><input type="checkbox"/> 병원 수용관 등 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>■</b> 병상 부족( <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 임원실 <input type="checkbox"/> 중환자실)<br><input type="checkbox"/> 전문의 부재 <input type="checkbox"/> 환자/보호자의 변심<br><input type="checkbox"/> 의료장비 고장 <input type="checkbox"/> 1차 응급처치<br><input type="checkbox"/> 주취자 등 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 의 사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 응급구조사<br><input type="checkbox"/> 기 타 |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 2차                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 관할<br><input type="checkbox"/> 타사·도                                                                                   | (   km)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 구급대 <input type="checkbox"/> 119상황실<br><input type="checkbox"/> 구급상황센터 <input type="checkbox"/> 환자/보호자<br><input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>■</b> 병상 부족( <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 임원실 <input type="checkbox"/> 중환자실)<br><input type="checkbox"/> 전문의 부재 <input type="checkbox"/> 환자/보호자의 변심<br><input type="checkbox"/> 의료장비 고장 <input type="checkbox"/> 1차 응급처치<br><input type="checkbox"/> 주취자 등 <input type="checkbox"/> 기타(   ) |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 의 사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 응급구조사<br><input type="checkbox"/> 기 타 |              |  |       |    |                  |       |
| 연계<br>이송                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 소방<br>활동                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ※ 본 구급대는 환자의 추가 손상 및 악화(사망 등) 방지를 위해 응급처치에 적합하고 최단시간 이내에 이송이 가능한   병원으로 이송을 권유 하였으나<br>씨가 원하는   병원으로 이송함에 따라 발생하는 민사·형사상 책임을 지지 않습니다. 위 내용을 고지합니다. (서명 또는 인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 마감                           | <input type="checkbox"/> 최소 <b>■</b> 타처량( <input type="checkbox"/> 병원차 <input type="checkbox"/> 경찰차 <input type="checkbox"/> 자카용 <input type="checkbox"/> 택시 <input type="checkbox"/> 헬기) <input type="checkbox"/> 환자 없음 <input type="checkbox"/> 현장처치 <input type="checkbox"/> 이송거부 <input type="checkbox"/> 이송거절 <input type="checkbox"/> 경찰인계 <input type="checkbox"/> 이송 불필요 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 출동<br>인원                     | 의 사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 소속:   성명:   (서명 또는 인)                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 구급대원(1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 계급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 소방                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 구급대원(2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 계급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 소방                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
|                              | 운전요원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 계급                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 소방                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 기 타                          | <input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 구급교육 <input type="checkbox"/> 기타                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                | (서명 또는 인)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 장애<br>유인                     | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 장비 이상 <input type="checkbox"/> 보호자 요구 <input type="checkbox"/> 원거리 병원 <input type="checkbox"/> 원거리 출동 <input type="checkbox"/> 민취자 <input type="checkbox"/> 폭행 <input type="checkbox"/> 언어폭력 <input type="checkbox"/> 환자 과체중 <input type="checkbox"/> 기관협조 미흡 <input type="checkbox"/> 환자위치 불명확 <input type="checkbox"/> 교통정체 <input type="checkbox"/> 폭우 <input type="checkbox"/> 폭설 <input type="checkbox"/> 기타(   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |
| 일련<br>번호                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                | 재난번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 뒷장이 동시에 기록되도록 제작                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                          |              |  |       |    |                  |       |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|
| 소방서              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 119구급대(안전센터)                          |                                                    | <b>구 급 활 동 일 지</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 | 119구급대장(센터장)                     |      |
| 전화)              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -                                     |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 | 결재                               |      |
| 차량번호             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 구분                                    |                                                    | [ ] 특수일반 [ ] 특수특별 [ <b>X</b> ] <b>항공구급</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 구급<br>출동         | 신고 일시                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 신고자                                                | 전화번호                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 신고방법                                                                                                                                                   |                                                                                                                       | [ ] 일반전화 [ ] 휴대전화 [ ] 기타( )                                                                                     |                                  |      |
|                  | 출동 시각                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 환자                                                 | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 나이                                                                                                                                                     | 세                                                                                                                     | 성별                                                                                                              | [ ] 남 [ ] 여                      | 생년월일 |
|                  | 현장 도착                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 인적                                                 | 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (Tel )                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 환자 접촉                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 사항                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [ ] 외국인(국적: )                                                                                                                                          |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 거리                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | km                                    | 보호자 등                                              | 성명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 관 계                                                                                                                                                    | 전화번호                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 현장 출발                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 환자 발생 위치                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [ ] 집 [ ] 집단거주시설 [ ] 도로 [ ] 도로와 교통지역 [ <b>X</b> ] <b>오락/문화/공공시설</b> [ ] 학교/교육시설 [ ] 운동시설 [ ] 상업시설                                                      |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 병원 도착                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                     | 환자 발생 장소(택일)                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [ ] 의료관련시설 [ ] 공장/산업/건설시설 [ ] 일차산업장 [ ] 바다/강/산/논밭 [ ] 기타( )                                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 귀소 시각            | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 환자 증상 (복수 선택 가능)                      |                                                    | <b>■</b> 통증([ ] 두통 [ ] 흉통 [ ] 복통 [ ] 요통 [ ] 분만진통 [ ] 그 밖의 통증( ))<br><b>■</b> 외상([ ] 골절 [ ] 탈구 [ ] 뺨 [ ] 열상 [ ] 찰과상 [ ] 타박상 [ ] 절단 [ ] 암궤손상 [ ] 화상)<br>[ ] 의식장애 [ ] 기도폐쇄 [ ] 기침 [ ] 호흡곤란 [ ] 호흡정지 [ ] 두근거림 [ ] 가슴불편감 [ ] 심정지 [ ] 경련/발작 [ ] 실신<br>[ ] 오심 [ ] 구토 [ ] 설사 [ ] 변비 [ ] 배뇨장애 [ ] 객혈 [ ] 토혈 [ ] 혈변 [ ] 비출혈 [ ] 질출혈 [ ] 그 밖의 출혈<br>[ ] 고열 [ ] 저체온증 [ ] 어지러움 [ ] 마비 [ ] 전신쇠약 [ ] 정신장애 [ ] 그 밖의 이물질 [ ] 기타( ) |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 환자<br>발생<br>유형   | [ ] 질 병                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 병 력 ([ ] 없음 [ ] 미상)                   |                                                    | [ ] 고혈압 [ ] 당뇨 [ ] 뇌혈관질환 [ ] 심장질환 [ ] 폐질환 [ ] 결핵 [ ] 간염 [ ] 간경화 [ ] 알레르기 [ ] 암(종류: ) [ ] 신부전(투석여부: ) [ <b>X</b> ] <b>감염병(종류: )</b> [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | [ ] 교통사고                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 사상자                                   |                                                    | [ ] 운전자 [ ] 동승자 [ ] 보행자 [ ] 자전거 [ ] 오토바이 [ <b>X</b> ] <b>개인형 이동장치</b> [ ] 그 밖의 탈 것( ) [ ] 미상                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | [ ] 그 외 외상 (택일)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                                                    | [ ] 낙상 [ ] 추락 [ ] 그 밖의 둔상 [ ] 관통상 [ ] 기계 [ ] 농기계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | [ ] 비외상성 손상 (택일)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                    | <b>■ 호흡위협</b> ([ ] 의식 [ ] 외력에 의한 압박 [ ] 이물질에 의한 기도막힘)<br><b>■ 화상</b> ([ ] 화염 [ ] 고온체 [ ] 전기 [ ] 물) [ ] 연기흡입 [ ] 중독 [ ] 화학물질 [ ] 동물/곤충( )<br>[ ] 연열손상 [ ] 한랭손상 [ ] 성폭행 [ ] 상해 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| [ ] 기타           | [ ] 자연재해 [ ] 임산부 [ <b>X</b> ] <b>신생아</b> [ ] 단순주취 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 환자<br>평가         | 의식상태                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1차 ( : ) [ ] A [ ] V [ ] P [ ] U      | 2차 ( : ) [ ] A [ ] V [ ] P [ ] U                   | 사고부위(복수선택 가능)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 동공반응                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 좌 [ ] 정상 [ ] 축소 [ ] 산동 [ ] 확장불가       | [ ] 반응 [ ] 무반응 [ ] 확장불가                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 우 [ ] 정상 [ ] 축소 [ ] 산동 [ ] 확장불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | [ ] 반응 [ ] 무반응 [ ] 확장불가               |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 활력 징후                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 시각                                    | 혈압                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | [ ] 불가                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | :                                     | / mmHg                                             | 회/min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 회/min                                                                                                                                                  | ℃                                                                                                                     | %                                                                                                               | mg/dL                            |      |
| [ ] 거부           | :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | / mmHg                                | 회/min                                              | 회/min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ℃                                                                                                                                                      | %                                                                                                                     | mg/dL                                                                                                           |                                  |      |
| 환자분류             | [ ] LEVEL 1 [ ] LEVEL 2 [ ] LEVEL 3 [ ] LEVEL 4 [ ] LEVEL 5 ([ ] 사망추정)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 구급대원 평가소견        | · 주 호소: · 발생시간([ ] 추정):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 응급 처치 (복수 선택 가능) | <b>■</b> 기도확보:[ ] 도수조작 [ ] 기도유지기(airway) [ ] 기관삽관(Intubation) [ ] 성문외 기도유지기(extraglottic airway) [ ] 흡인기 [ ] 기도폐쇄처치<br><b>■</b> 산소투여: L/min([ ] 비관 [ ] 안면마스크 [ ] 비재호흡마스크 [ ] BVM [ ] 산소소생기 [ ] 네불라이저 [ ] 기타)<br><b>■</b> CPR([ ] 실시 [ ] 거부 [ ] 유보) [ ] ECG <b>■</b> AED([ ] Shock [ ] Monitoring) [ ] 기타( )<br><b>■</b> 순환보조([ ] 정맥로 확보 [ ] 수액공급(cc) 확보) [ ] 약물투여( ) <b>■</b> 고정([ ] 목뼈 [ ] 척추 [ ] 부목 [ ] 머리)<br><b>■</b> 상처처치([ ] 지혈 [ ] 상처 소독 처치) [ ] 분만(출산 시간: ) [ ] 보온([ ] 온 [ ] 냉) |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 의료 지도            | 의료지도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ ] 연결 [ ] 미연결                        |                                                    | 요청시간                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | :                                                                                                                                                      | 요청방법                                                                                                                  | [ ] 일반전화 [ ] 휴대전화([ ] 음성 [ ] 화상) [ ] 무선기 [ ] 기타( )                                                              |                                  |      |
|                  | 의료지도 기관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ ] 소방 [ ] 병원 [ ] 기타( )               |                                                    | 의료 지도 내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | [ ] 응급처치: [ ] 기관삽관 [ ] 성문외 기도유지기 [ ] 12유도 심전도 [ ] 정맥로확보 [ ] 인공호흡기 [ ] 기타( )                                                                            |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 의료지도 의사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 성명                                    |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | [ ] 약물투여: [ ] N/S [ ] D/W [ ] NTG [ ] 기관지확장제 [ ] 에피네프린 [ ] 아미오다론 [ ] 기타( )<br>[ ] 병원전정 [ ] 환자평가 [ ] CPR유보·중단 [ ] 이송거절 [ ] 이송거부 [ ] 기타( )               |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 환자 이송            | 이송 기관명                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       | 도착시간(거리)                                           | 의료기관 선정자 등                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                        | 재이송 사유                                                                                                                |                                                                                                                 | 환자 인수자                           |      |
|                  | 1차                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | [ ] 관할 [ ] 타시·도                       | :                                                  | [ ] 구급대 [ ] 119상황실 [ ] 구급상황센터 [ ] 환자/보호자 [ ] 병원 수용기관 등 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                        | <b>■</b> 병상 부족([ ] 응급실 [ ] 수술실 [ ] 입원실 [ ] 중환자실)<br>[ ] 전문의 부재 [ ] 환자/보호자의 변심 [ ] 의료장비 고장 [ ] 1차 응급처치 주취자 등 [ ] 기타( ) |                                                                                                                 | [ ] 의 사 [ ] 간호사 [ ] 응급구조사 [ ] 기타 |      |
| 2차               | [ ] 관할 [ ] 타시·도                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | :                                     | [ ] 구급대 [ ] 119상황실 [ ] 구급상황센터 [ ] 환자/보호자 [ ] 기타( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>■</b> 병상 부족([ ] 응급실 [ ] 수술실 [ ] 입원실 [ ] 중환자실)<br>[ ] 전문의 부재 [ ] 환자/보호자의 변심 [ ] 의료장비 고장 [ ] 1차 응급처치 주취자 등 [ ] 기타( )                                  |                                                                                                                       | [ ] 의 사 [ ] 간호사 [ ] 응급구조사 [ ] 기타                                                                                |                                  |      |
| 공동 대응            | [ ] 헬기 [ ] 펌블런스 [ ] 경찰 [ ] 구급차 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                    | 소방 활동                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | * 본 구급대는 환자의 추가 손상 및 악화(사망 등) 방지를 위해 응급처치에 적합하고 최단시간 이내에 이송이 가능한 병원으로 이송을 권유 하였으나, 씨가 원하는 병원으로 이송함에 따라 발생하는 민사·형사상 책임을 지지 않습니다. 위 내용을 고지합니다. (서명 또는 인) |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 마감               | [ ] 최소 <b>■</b> 타차량 [ ] 병원차 [ ] 경찰차 [ ] 자카용 [ ] 택시 [ ] 헬기 [ ] 환자 없음 [ ] 현장처치 [ ] 이송거부 [ ] 이송거절 [ ] 경찰인계 [ ] 이송 불필요 [ ] 사망 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 출동 인원            | 의 사                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 소속:                                   |                                                    | 성명:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                        | (서명 또는 인)                                                                                                             |                                                                                                                 |                                  |      |
|                  | 구급대원(1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ ] 1급 [ ] 2급 [ ] 간호사 [ ] 구급교육 [ ] 기타 | 계급                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 소방                                                                                                                                                     | 성명                                                                                                                    | (서명 또는 인)                                                                                                       |                                  |      |
|                  | 구급대원(2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ ] 1급 [ ] 2급 [ ] 간호사 [ ] 구급교육 [ ] 기타 | 계급                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 소방                                                                                                                                                     | 성명                                                                                                                    | (서명 또는 인)                                                                                                       |                                  |      |
|                  | 운전요원                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ ] 1급 [ ] 2급 [ ] 간호사 [ ] 구급교육 [ ] 기타 | 계급                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 소방                                                                                                                                                     | 성명                                                                                                                    | (서명 또는 인)                                                                                                       |                                  |      |
| 기 타              | [ ] 1급 [ ] 2급 [ ] 간호사 [ ] 구급교육 [ ] 기타                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        | 성명                                                                                                                    | (서명 또는 인)                                                                                                       |                                  |      |
| 장애인              | [ ] 없음 [ ] 장·단기 이송 [ ] 보호자 요구 [ ] 원·리 병원 [ ] 원·리 출동 [ ] 민·투차 [ ] 폭행 [ ] 언어폭력 [ ] 환자 과체중 [ ] 기관협조 미흡 [ ] 환자위치 불명확 [ ] 교통장제 [ ] 폭우 [ ] 폭설 [ ] 기타( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        |                                                                                                                       |                                                                                                                 |                                  |      |
| 일련 번호            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       | 재난 번호                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                        | 연계 번호                                                                                                                 | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> 뒷장이 동시에 기록되도록 제작 |                                  |      |