

（あて先）埼玉県保健医療部薬務課長

申請者（団体・代表者名等）

住 所
氏 名

電話番号

担当者名

AED（自動体外式除細動器）使用報告書

年 月 日付けで借用したAEDを使用したもので、下記のとおり報告します。
記

行事等の名称	
AED使用場所	行事の会場内 ・ 行事の会場外 その他（ ） ※ 該当に○印等で記入してください。
使用日時	年 月 日（ ） 午前 ・ 午後 時 分頃
AEDを操作した人	主催者（スタッフ等含む） ・ 参加者 ・ 医師・歯科医師 保健師 ・ 消防士 ・ 救命講習会修了者 その他（ ） ※ 該当に○印等で記入してください。
AEDの使用を受けた人	参加者 ・ 主催者（スタッフなど） その他（ ） ※ 該当に○印等で記入してください。
AED使用時の状況等	○だれが、どこで、どのような状態となり ○だれが、心臓マッサージ、人工呼吸、AEDなどの措置をし ○だれが、119番通報などし、医療機関に搬送などしたか可能な範囲で御記入ください。 ※ 上記内容を参考にして記入してください。
備 考	

管理番号	
------	--

管理番号の欄は記入不要です。