

（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 **さいたま市浦和区高砂3-15-1**
 氏名 **コバトンスポーツ少年団**
 代表 **小羽 太郎**
 電話番号 **048-830-3640**
 FAX **(048-830-4806)**
 担当者名 **小羽 次郎**

AED（自動体外式除細動器）使用報告書

令和5年7月21日付けで借用したAEDを使用したのので、下記のとおり報告します。
 記

行事等の名称	高砂杯少年サッカー大会
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	令和5年 7月23日（日） 午前・ 午後 1時15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	会場で試合を応援していた40代の男性が突然倒れた。その場にいた参加者が呼びかけたが反応が無かったため、119番通報した。駆け付けたスタッフが心臓マッサージと人工呼吸とAEDを使用した。AEDで1回電気ショックを実施したところ、男性の呼吸が回復した。その後、男性は到着した救急車により〇〇病院に搬送され、現在治療中である。
備考	使用した付属品：除細動パッド、ディスクグローブ

管理番号	
------	--

管理番号の欄は記入不要です。