

2020 年度 M4 治療系実習評価票 (CRP・AED・モニター実習)

実習施設：昭和大学病院・藤が丘病院・北部病院 月日：2020 年 月 日（水）

グループ： 出席番号： 氏名：

BLS・AED

【安全管理および印象】	2	1	0
1. 周囲の安全について、声に出して確認できたか		☐	☐
2. 標準予防策が適切に行えたか		☐	☐
3. 服装、態度が適切である		☐	☐
【CPRの必要性についての認知】			
4. 声をかけ、肩をたたくなどして反応を確かめたか	☐	☐	☐
5. 人を呼び（医師、看護師など、または院内緊急コール） とAEDや救急カートを要求したか	☐	☐	☐
【気道確保、呼吸と脈拍（循環）の確認】			
6. 適切な方法で気道の確保を行ったか	☐		☐
7. 有効な自発呼吸の有無を認識できたか	☐		☐
8. 頸動脈の拍動を適切に確認し、心肺停止と判断できたか		☐	☐
9. すぐに胸骨圧迫を開始できたか（確認時間と圧迫部位の評価）	☐	☐	☐
【胸骨圧迫と人工呼吸、BLSの継続】			
10. 強く早い胸骨圧迫ができたか	☐	☐	☐
11. バック・バルブ・マスクを用いて2回人工呼吸を正確に行ったか	☐	☐	☐
12. 30：2の割合でCPRを続けられたか	☐	☐	☐
13. 2分毎に循環の再開を確認したか（頸動脈を触知）		☐	☐
【AEDの取り扱い】			
14. AEDが到着後直ちに装着したか（胸骨圧迫を中断しないように）	☐	☐	☐
15. 正しくAEDを装着・操作できたか		☐	☐
16. 除細動後に直ぐにCPRを再開したか	☐		☐
【その他】			
17. 循環再開時の体位管理が正しくおこなえたか	☐		☐
18. CPRにおいてリーダーシップが発揮できたか	☐	☐	☐

診療科名：

評価者名：

総得点：

／30点

実習日から1週間以内に学務課、または藤が丘病院、北部病院は管理課まで提出してください。