

# 公共場所必要緊急救護設備管理辦法修正總說明

依據美國心臟醫學會於一百零九年公布針對非創傷猝死病患應立即採取生命之鏈，若於事發現場進行儘早求救、儘早施予心肺復甦術、儘早電擊去顫三環節，則能提升病患存活機會。鑑於先進國家推動於公共場所設置自動體外心臟電擊去顫器（Automated External Defibrillator，以下簡稱 AED），能有效提高突發性心臟停止病患之急救成功率並經證實，為推廣公共場所設置 AED 等必要緊急救護設備，依緊急醫療救護法第十四條之一第三項授權，於一百零二年七月十一日訂定發布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」（以下稱本辦法）。考量訂定迄今各 AED 設置場所之管理經驗及資訊管理系統技術日趨成熟，爰修正本辦法，以合於實務運作需要。其修正要點如次：

- 一、配合醫療器材自一百十年五月一日以專法「醫療器材管理法」管理，定明 AED 應取得醫療器材輸入或製造許可證。（修正條文第二條）
- 二、規範 AED 設置後之登錄時限。（修正條文第四條）
- 三、考量 AED 使用便利性及安全性，修正設置規定。（修正條文第五條）
- 四、新增公共場所 AED 使用之電子資料上傳規定。（修正條文第八條）
- 五、考量部分場所未能依限完成設置，新增 AED 設置之延期申請規定。（修正條文第十一條）
- 六、配合管理員每二年複訓之期程，修正安心場所效期為二年，並刪除效期屆滿應重新認證之規定。（修正條文第十二條）

# 公共場所必要緊急救護設備管理辦法修正條文對照表

| 修正條文                                                                                                                                                                                | 現行條文                                                                                                                                                                                       | 說明                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第一條 本辦法依緊急醫療救護法（以下簡稱本法）第十四條之一第三項規定訂定之。                                                                                                                                              | 第一條 本辦法依緊急醫療救護法（以下稱本法）第十四條之一第三項規定訂定之。                                                                                                                                                      | 酌修文字。                                                                                                                   |
| 第二條 本辦法用詞，定義如下：<br>一、公共場所必要緊急救護設備：指放置於公共場所，提供民眾使用急救突發性心跳停止之設備。<br>二、自動體外心臟電擊去顫器(Automated External Defibrillator，以下簡稱AED)：指經中央衛生主管機關查驗登記，取得醫療器材輸入或製造許可證，具備電腦自動判讀個案心臟搏動及體外電擊去顫功能之設備。 | 第二條 本辦法用詞，定義如下：<br>一、公共場所必要緊急救護設備：指放置於公共場所，提供民眾使用急救突發性心跳停止之設備。<br>二、自動體外心臟電擊去顫器(Automated External Defibrillator，以下簡稱AED)：指經中央衛生 <u>福利</u> 主管機關查驗登記，取得輸入或製造許可證，具備電腦自動判讀個案心臟搏動及體外電擊去顫功能之設備。 | 一、第一款「公共場所」之適用範圍，已另依本法第十四條之一第一項，公告訂定「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」。<br>二、配合本法第二條第一項主管機關用語，且醫療器材於一百一十年五月一日起以專法「醫療器材管理法」管理，爰修正第二款。 |
| 第三條 公共場所必要緊急救護設備項目，包含AED或其他經中央衛生主管機關公告之設備。                                                                                                                                          | 第三條 公共場所必要緊急救護設備項目，包含AED或其他經中央衛生 <u>福利</u> 主管機關公告之設備。                                                                                                                                      | 配合本法第二條第一項主管機關用語，爰修正本條。                                                                                                 |
| 第四條 公共場所應於設置AED之日起七日內，至中央衛生主管機關指定之資料庫（以下簡稱資料庫）進行登錄；其異動時，亦同。                                                                                                                         | 第四條 公共場所設置AED後，應上傳至中央衛生福利主管機關指定之資料庫（資料庫登錄表如附表一），登錄資料送所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關備查後，轉該所在地消防主管機關登錄於救災救護指揮中心；其異動時，亦同。                                                                                  | 一、為保留實務作業彈性，爰刪除附表一之規定。<br>二、公共場所於設置AED後，應儘速上傳中央衛生主管機關指定之資料庫，以利管理，且內政部消防署建置之勤務指揮派遣系統已可自行轉載資料庫之AED位置資訊，爰修正本條。             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>第五條 公共場所設置 AED 時，應符合下列規定：</p> <p>一、置放於場所內明顯、方便取得使用之處，並附 AED 操作程序。</p> <p>二、<u>前款 AED 置放之處，離地高度至少一百二十公分。</u></p> <p>三、<u>AED 應有保護外框、警報及警鈴功能，並有獨立電源；機體應標示產品序號及條碼。</u></p> <p>四、<u>設置 AED 之場所，於平面圖上標示其位置。</u></p> <p>五、<u>設置 AED 之場所，於其重要入口及 AED 置放處，設有明顯指示標示；其標示樣式及顏色，規定如附件一。</u></p> <p>六、<u>前款標示，離地高度為二百公分至二百五十公分。</u></p> <p>七、<u>AED 不得設置於水源旁。</u></p> <p><u>公共場所為長距離交通工具者，其 AED 之設置，得免受前項第二款、第三款前段及第六款規定之限制。</u></p> | <p>第五條 公共場所設置 AED 時，應符合下列規定：</p> <p>一、<u>AED 應置放於場所內明顯、方便取得使用之處，並附 AED 操作程序。</u></p> <p>二、<u>應於該場所平面圖上標示 AED 位置，並於重要入口、AED 置放處設有明顯指示標示(標示樣式及顏色如附件二)。</u></p> <p>三、應有保護外框、警報及警鈴功能。</p> | <p>一、考量 AED 使用上便利性及安全性，定明 AED 設置規範，以利後續管理，於修正條文第二款至第七款修正 AED 指示標示設置之高度，並規範 AED 應有獨立電源且不可設於水源旁，及標示廠商序號及條碼，以利後續追蹤管理。</p> <p>二、現行條文第二款移列至修正條文第四款及第五款，另配合附表異動，修正現行條文第二款附件次序為附件一。</p> <p>三、考量長距離交通工具因空間問題，無法進行相關設置，爰新增第二項規定。</p> |
| <p>第六條 <u>公共場所，應指定負責 AED 之管理員(以下簡稱管理員)，並登錄於資料庫；管理員異動時，亦同。</u></p> <p><u>管理員應接受並完成中央衛生主管機關公告之 AED 相關訓練，每二年應接受複訓一次，並登錄於資料庫。</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>第六條 設置 AED 場所應指定管理員，負責 AED 之管理；管理員應接受並完成<u>心肺復甦術及 AED 相關訓練，並每二年接受複訓一次。</u></p>                                                                                                     | <p>一、修正條文第一項新增場所管理員異動之處理原則。</p> <p>二、心肺復甦術屬本辦法所稱 AED 相關訓練之一，為免重複規定，爰予刪除，並將現行條文後段移列至修正條文第二項，另考量管理員具專業技能及</p>                                                                                                                 |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      |                                                                                                                                  | 中央主管機關管理之便，爰修正後段規定。                                                                                                                             |
| <p>第七條 <u>公共場所應至少每半年檢查 AED 電池、耗材之有效日期及功能，維持機器正常運作，並製作檢查紀錄，妥善保存至少二年；檢查結果，應登錄於資料庫。</u></p> <p>AED 每次使用結束，應即補充當次耗材。</p> | <p>第七條 設置 AED 場所應定期檢查 AED 電池、耗材有效日期及其功能，維持機器正常運作，並製作檢查紀錄，妥善保存備查；其保存期間，至少二年。AED 每次使用結束，應補充當次耗材。</p>                               | <p>一、為落實 AED 定期檢查，以維護機械正常功能，修正條文第一項增訂 AED 檢查之時程，且檢查結果應登錄資料庫。</p> <p>二、現行條文後段移列至第二項，定明 AED 於每次使用後應即補充耗材，俾利下次緊急使用。</p>                            |
| <p>第八條 <u>公共場所於使用 AED 急救結束後，應填寫 AED 使用紀錄，並於急救結束日起七日內，登錄於資料庫及上傳 AED 使用之電子資料。</u></p>                                  | <p>第八條 使用 AED 急救結束，<u>設置 AED 場所應填寫 AED 使用紀錄表(如附表三)。</u></p> <p><u>前項紀錄表及 AED 使用之電子資料，應於急救事件結束七日內，郵寄中央衛生福利主管機關備查。</u></p>         | <p>AED 管理已採電子化登錄，原填寫附表三紀錄表之規定應予刪除，且使用 AED 時判別心律之電子資料經匯出後可上傳至資料庫，為利 AED 使用紀錄之管理及提升其時效性，爰將現行條文第一項及第二項合併，並予修正。</p>                                 |
| <p>第九條 中央衛生主管機關應製作 AED 訓練教材，供宣導訓練。</p>                                                                               | <p>第九條 中央衛生福利主管機關應製作 AED 訓練教學內容，供宣導訓練。</p>                                                                                       | <p>配合本法第二條第一項主管機關用語，爰修正本條。</p>                                                                                                                  |
| <p>第十條 直轄市、縣(市)目的事業主管機關就其主管經公告設置 AED 之場所，應進行第五條及第七條規定之檢查。</p> <p>公共場所負責人、管理員或其他從業人員就前項檢查，不得規避、妨礙或拒絕，並應提供必要之協助。</p>   | <p>第十條 <u>設置 AED 之公共場所，其直轄市、縣(市)目的事業主管機關應對該場所 AED 之管理，進行檢查或抽查。</u></p> <p><u>前項檢查或抽查，該公共場所之負責人及從業人員不得規避、妨礙或拒絕，並應提供必要之協助。</u></p> | <p>一、有關第一項，為強化目的事業主管機關對公共場所 AED 之管理，定明直轄市、縣(市)目的事業主管機關就 AED 管理應檢查之項目。另因現行實務運作考量，爰刪除抽查之規定。</p> <p>二、公共場所 AED 管理員對主管機關就 AED 之檢查，亦負有義務，爰修正第二項。</p> |
| <p>第十一條 公共場所應自中央衛生主管機關依本法第十四條之一第一項公告<u>指定</u>之日起一年</p>                                                               | <p>第十一條 <u>經公告應設置 AED 之公共場所，應自公告之日起一年內完成設置，未置有 AED 或其</u></p>                                                                    | <p>一、考量部分場所未能依限完成 AED 設置，爰於修正條文第一項新</p>                                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>內，完成 AED 設置；未能依期限完成設置者，應檢具書面理由，向中央目的事業主管機關申請延期，並於該機關核准之期限內完成設置。</u></p> <p><u>公共場所未依第三條設置 AED，或違反第五條規定者</u>，該公共場所之直轄市、縣(市)目的事業主管機關應予勸導，並<u>令其限期改善</u>；屆期未改善者，應將名單報中央各目的事業主管機關督導改善。</p> | <p><u>他必要之緊急救護設備者，或設置而無明顯標示者</u>，該公共場所之直轄市、縣(市)目的事業主管機關應加以勸導，並命其限期改善；屆期未改善者，應將名單報中央各目的事業主管機關督導改善。</p>                                                                                        | <p>增 AED 設置之延期申請規定。</p> <p>二、因未能於期限內完成 AED 設置之場所，宜由地方目的事業主管機關先行輔導，屆期未改善者，再由中央目的事業主管機關予以督導，爰將現行條文後段移列至修正條文第二項，並予修正。</p> |
| <p>第十二條 直轄市、縣(市)衛生主管機關得辦理 AED 安心場所之認證。</p> <p>設置 AED 場所百分之七十員工完成接受 AED 相關訓練者，得向<u>直轄市、縣(市)衛生主管機關</u>申請前項認證；通過認證者，<u>由直轄市、縣(市)衛生主管機關核發證書</u>(樣式如附件二)，其有效期限為<u>二年</u>，<u>逾期</u>失其效力。</p>       | <p>第十二條 直轄市、縣(市)<u>地方衛生主管機關</u>得辦理 AED 安心場所之認證。</p> <p>設置 AED 場所百分之七十員工完成接受 AED 相關訓練者，得向地方衛生主管機關申請前項認證，通過認證者，核發證書(樣式如附件四)，其有效期限為<u>三年</u>；<u>期限屆滿前，應重新申請認證</u>，<u>屆期未申請認證者</u>，其原證書失其效力。</p> | <p>有關第二項，配合附表異動，修正附件次序為附件二；並配合場所 AED 管理員每二年複訓之期程，修正安心場所認證之有效期間為二年，以利管理；另因安心場所認證未具強制性，爰刪除到期應重新申請認證之規定。</p>              |
| <p>第十三條 設置 AED 之公共場所，其各級目的事業主管機關對於設置 AED 訓練、宣導及推廣等相關實務，績效卓著者，得加以表揚或獎勵。</p>                                                                                                                   | <p>第十三條 設置 AED 之公共場所，其各級目的事業主管機關對於設置 AED 訓練、宣導及推廣等相關實務，績效卓著者，得加以表揚或獎勵。</p> <p><u>前項表揚或獎勵之條件、適用範圍、審查基準及其他相關事項，由各級目的事業主管機關定之。</u></p>                                                          | <p>表揚或獎勵實務運作事宜無須基於法律授權，爰刪除現行條文第二項。</p>                                                                                 |
| <p>第十四條 本辦法自發布日施行。</p>                                                                                                                                                                       | <p>第十四條 本辦法自發布日施行。</p>                                                                                                                                                                       | <p>本條未修正。</p>                                                                                                          |

附表一 修正對照表

| 修正規定              | 現行規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 說明      |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|----|----|--|--|----------------|-------------------|--|--|--|--|-------------------|----|----|----|----|----|--------------|---------------------------------------------------|--|--|--|--|---------------|----|--|----|--|--|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------|
| (刪除)              | <div>附表一</div> <div>公共場所自動體外心臟電擊去顫器（AED）登錄表</div> <table><tr><td colspan="6">1) 場所資訊</td></tr><tr><td>場所名稱全名<br/>(必填)</td><td colspan="5">員工總人數：          人</td></tr><tr><td>場所名稱關鍵<br/>字索引(必填)</td><td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td><td>4.</td><td>5.</td></tr><tr><td>場所地址<br/>(必填)</td><td colspan="5">縣  市鄉  村里  路  段  巷  號之  ，  樓  室<br/>市  區鎮  鄰  街  弄</td></tr><tr><td>場所經緯度<br/>(選填)</td><td colspan="2">經度</td><td colspan="3">緯度</td></tr><tr><td>場所類型<br/>(必填)</td><td colspan="5"><div><input type="checkbox"/> 1. 交通要衝：機場、高鐵站、二等站以上之台鐵車站、捷運站、轉運站、高速公路服務區、港區旅客服務區。</div><div><input type="checkbox"/> 2. 長距離交通工具：高鐵、十九人座以上航空器、總噸位一百噸以上或乘客超過一百五十人之客船等交通工具。</div><div><input type="checkbox"/> 3. 觀光旅遊地區：國家級風景區及直轄市、縣（市）政府主管之風景區、國家公園、森林遊樂區、開放觀光遊憩活動水庫、民營遊樂業、文化園區、農場及其他等觀光旅遊性質地區。</div><div><input type="checkbox"/> 4. 學校、大型集會場所或特殊機構：高中以上之學校、法院、立法院、議會、健身或運動中心、殯儀館、軍營。</div><div><input type="checkbox"/> 5. 休閒場所：電影片映演場所（戲院、電影院）、節目錄影帶播映場所、視聽歌唱場所、演藝廳、體育館（如小巨蛋）、圖書館、博物館、美術館。</div><div><input type="checkbox"/> 6. 購物場所：大型商場（包括地下街）、賣場、超級市場、福利站及百貨業。</div><div><input type="checkbox"/> 7. 旅宿場所：旅館、飯店、招待所。</div><div><input type="checkbox"/> 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。</div><div><input type="checkbox"/> 9. 其他：說明</div></td></tr><tr><td>場所描述</td><td colspan="5"></td></tr></table> | 1) 場所資訊 |    |    |    |  |  | 場所名稱全名<br>(必填) | 員工總人數：          人 |  |  |  |  | 場所名稱關鍵<br>字索引(必填) | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 場所地址<br>(必填) | 縣  市鄉  村里  路  段  巷  號之  ，  樓  室<br>市  區鎮  鄰  街  弄 |  |  |  |  | 場所經緯度<br>(選填) | 經度 |  | 緯度 |  |  | 場所類型<br>(必填) | <div><input type="checkbox"/> 1. 交通要衝：機場、高鐵站、二等站以上之台鐵車站、捷運站、轉運站、高速公路服務區、港區旅客服務區。</div> <div><input type="checkbox"/> 2. 長距離交通工具：高鐵、十九人座以上航空器、總噸位一百噸以上或乘客超過一百五十人之客船等交通工具。</div> <div><input type="checkbox"/> 3. 觀光旅遊地區：國家級風景區及直轄市、縣（市）政府主管之風景區、國家公園、森林遊樂區、開放觀光遊憩活動水庫、民營遊樂業、文化園區、農場及其他等觀光旅遊性質地區。</div> <div><input type="checkbox"/> 4. 學校、大型集會場所或特殊機構：高中以上之學校、法院、立法院、議會、健身或運動中心、殯儀館、軍營。</div> <div><input type="checkbox"/> 5. 休閒場所：電影片映演場所（戲院、電影院）、節目錄影帶播映場所、視聽歌唱場所、演藝廳、體育館（如小巨蛋）、圖書館、博物館、美術館。</div> <div><input type="checkbox"/> 6. 購物場所：大型商場（包括地下街）、賣場、超級市場、福利站及百貨業。</div> <div><input type="checkbox"/> 7. 旅宿場所：旅館、飯店、招待所。</div> <div><input type="checkbox"/> 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。</div> <div><input type="checkbox"/> 9. 其他：說明</div> |  |  |  |  | 場所描述 |  |  |  |  |  | <div>一、<u>本表刪除。</u></div> <div>二、為保留實務作業彈性，爰予刪除。</div> |
| 1) 場所資訊           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所名稱全名<br>(必填)    | 員工總人數：          人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所名稱關鍵<br>字索引(必填) | 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2.      | 3. | 4. | 5. |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所地址<br>(必填)      | 縣  市鄉  村里  路  段  巷  號之  ，  樓  室<br>市  區鎮  鄰  街  弄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所經緯度<br>(選填)     | 經度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         | 緯度 |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所類型<br>(必填)      | <div><input type="checkbox"/> 1. 交通要衝：機場、高鐵站、二等站以上之台鐵車站、捷運站、轉運站、高速公路服務區、港區旅客服務區。</div> <div><input type="checkbox"/> 2. 長距離交通工具：高鐵、十九人座以上航空器、總噸位一百噸以上或乘客超過一百五十人之客船等交通工具。</div> <div><input type="checkbox"/> 3. 觀光旅遊地區：國家級風景區及直轄市、縣（市）政府主管之風景區、國家公園、森林遊樂區、開放觀光遊憩活動水庫、民營遊樂業、文化園區、農場及其他等觀光旅遊性質地區。</div> <div><input type="checkbox"/> 4. 學校、大型集會場所或特殊機構：高中以上之學校、法院、立法院、議會、健身或運動中心、殯儀館、軍營。</div> <div><input type="checkbox"/> 5. 休閒場所：電影片映演場所（戲院、電影院）、節目錄影帶播映場所、視聽歌唱場所、演藝廳、體育館（如小巨蛋）、圖書館、博物館、美術館。</div> <div><input type="checkbox"/> 6. 購物場所：大型商場（包括地下街）、賣場、超級市場、福利站及百貨業。</div> <div><input type="checkbox"/> 7. 旅宿場所：旅館、飯店、招待所。</div> <div><input type="checkbox"/> 8. 公眾浴場或溫泉區：大型公眾浴場、溫泉區。</div> <div><input type="checkbox"/> 9. 其他：說明</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |
| 場所描述              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |    |    |    |  |  |                |                   |  |  |  |  |                   |    |    |    |    |    |              |                                                   |  |  |  |  |               |    |  |    |  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                                                        |

|                  |                          |                                                                                                                                                                                              |                      |
|------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                  | (選填)                     |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 場所網址<br>(選填)             |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 2) AED 地點資訊              |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | AED 經緯度<br>(選填)          | 經度                                                                                                                                                                                           | 緯度                   |
|                  | AED 置放地點<br>(必填)         |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | AED 地點描述<br>(必填)         |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | AED 開放使用?<br>(必填)        | 上班營業時間：<br><input type="checkbox"/> 星期一至星期五__ :00 至 __ :00<br><input type="checkbox"/> 星期六__ :00 至 __ :00<br><input type="checkbox"/> 星期日__ :00 至 __ :00<br><input type="checkbox"/> 星期__ 公休 |                      |
|                  | 3) 管理員資訊                 |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 管理員姓名<br>(必填)            |                                                                                                                                                                                              | 聯絡電話(必填)<br>電子信箱(選填) |
|                  | 開放時間緊急<br>聯絡電話<br>(必填)   |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 管理員 AED 相<br>關訓練         |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 4) AED 產品資訊              |                                                                                                                                                                                              |                      |
|                  | 經銷商名稱<br>(必填)            |                                                                                                                                                                                              | 聯絡電話(必填)             |
|                  | AED 廠牌、型<br>號與序號<br>(必填) | 廠牌                                                                                                                                                                                           | 型號                   |
|                  | AED 設置日期<br>(必填)         | ____年__月__日                                                                                                                                                                                  |                      |
| AED 保固期限<br>(必填) | ____年__月__日至____年__月__日  |                                                                                                                                                                                              |                      |

附件二 修正對照表

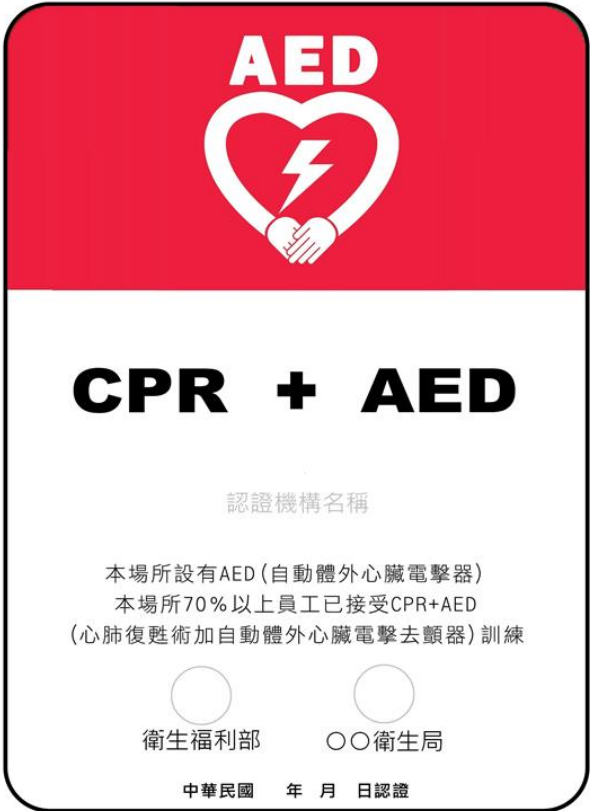
| 修正名稱                                                                               | 現行名稱                                                                                 | 說明               |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 附件二                                                                                | 附件二                                                                                  | 配合附表一異動，爰修正附件次序。 |
| 修正規定                                                                               | 現行規定                                                                                 | 說明               |
|  |  | 未修正。             |

附表三 修正對照表

| 修正規定              | 現行規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 說明                                                                                      |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|--|----------|--|--|-----------|--|----------|--|----------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|---------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|--|----------|--|--|-------------------|-------------------------------|--|------------------|---------------------------------------------------------------------|--|----------|--|--|------------|--|--|------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------|
| (刪除)              | <div>附表三</div> <div>公眾自動體外心臟電擊去顫器（AED）使用紀錄表</div> <table><tr><td rowspan="2">AED 資訊（必填）</td><td>廠牌</td><td>型號</td></tr><tr><td colspan="2">序號</td></tr><tr><td colspan="3">1) 報告者資訊</td></tr><tr><td rowspan="2">報告者姓名（必填）</td><td></td><td>聯絡電話（必填）</td></tr><tr><td></td><td>報告日期（必填）</td></tr><tr><td>反應者身分（必填）</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>病人親友<input type="checkbox"/>醫護人員或救護技術員<br/><input type="checkbox"/>場所員工 <input type="checkbox"/>其他民眾<br/><input type="checkbox"/>其他：_____</td></tr><tr><td rowspan="3">反應者訓練資料<br/>（必填）</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>不曾參加心肺復甦術(CPR)或 AED 相關訓練</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/>曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練：<br/>_____</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/>不詳</td></tr><tr><td colspan="3">2) 事故資訊</td></tr><tr><td>事故地點（必填）</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>事故通報日期/時間<br/>（必填）</td><td colspan="2">____年____月____日__時__分(24 小時制)</td></tr><tr><td>AED 使用地點<br/>（必填）</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>同事故地點<br/><input type="checkbox"/>其他：_____</td></tr><tr><td>事故描述（必填）</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="3">3) 病患與急救資訊</td></tr><tr><td rowspan="2">病患資料</td><td>姓名（若知道）：</td><td>病患性別<input type="checkbox"/>男<input type="checkbox"/>女<input type="checkbox"/>不確定</td></tr><tr><td></td><td>病患年紀 約____歲</td></tr><tr><td>急救模式（必填）</td><td colspan="2"><input type="checkbox"/>沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/>只通氣<br/><input type="checkbox"/>只壓胸 CPR <input type="checkbox"/>通氣並壓胸 CPR<br/><input type="checkbox"/>其他：說明_____</td></tr><tr><td>AED 抵達日期/時間</td><td>(必填)____月____日<br/>____時____分(24</td><td>AED 電擊次數（必填）____次</td></tr></table> | AED 資訊（必填）                                                                              | 廠牌 | 型號 | 序號 |  | 1) 報告者資訊 |  |  | 報告者姓名（必填） |  | 聯絡電話（必填） |  | 報告日期（必填） | 反應者身分（必填） | <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員<br><input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |  | 反應者訓練資料<br>（必填） | <input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術(CPR)或 AED 相關訓練 |  | <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練：<br>_____ |  | <input type="checkbox"/> 不詳 |  | 2) 事故資訊 |  |  | 事故地點（必填） |  |  | 事故通報日期/時間<br>（必填） | ____年____月____日__時__分(24 小時制) |  | AED 使用地點<br>（必填） | <input type="checkbox"/> 同事故地點<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |  | 事故描述（必填） |  |  | 3) 病患與急救資訊 |  |  | 病患資料 | 姓名（若知道）： | 病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定 |  | 病患年紀 約____歲 | 急救模式（必填） | <input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣<br><input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR<br><input type="checkbox"/> 其他：說明_____ |  | AED 抵達日期/時間 | (必填)____月____日<br>____時____分(24 | AED 電擊次數（必填）____次 | <div>一、<u>本表刪除。</u></div> <div>二、AED 管理已採電子化登錄，原填寫本附表三之規定應予刪除。</div> |
| AED 資訊（必填）        | 廠牌                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | 型號 |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|                   | 序號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 1) 報告者資訊          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 報告者姓名（必填）         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 聯絡電話（必填）                                                                                |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 報告日期（必填）                                                                                |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 反應者身分（必填）         | <input type="checkbox"/> 病人親友 <input type="checkbox"/> 醫護人員或救護技術員<br><input type="checkbox"/> 場所員工 <input type="checkbox"/> 其他民眾<br><input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 反應者訓練資料<br>（必填）   | <input type="checkbox"/> 不曾參加心肺復甦術(CPR)或 AED 相關訓練                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|                   | <input type="checkbox"/> 曾經參加 CPR 或 AED 相關訓練：<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|                   | <input type="checkbox"/> 不詳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 2) 事故資訊           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 事故地點（必填）          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 事故通報日期/時間<br>（必填） | ____年____月____日__時__分(24 小時制)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| AED 使用地點<br>（必填）  | <input type="checkbox"/> 同事故地點<br><input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 事故描述（必填）          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 3) 病患與急救資訊        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 病患資料              | 姓名（若知道）：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 病患性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不確定 |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 病患年紀 約____歲                                                                             |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| 急救模式（必填）          | <input type="checkbox"/> 沒有通氣，也沒有壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 只通氣<br><input type="checkbox"/> 只壓胸 CPR <input type="checkbox"/> 通氣並壓胸 CPR<br><input type="checkbox"/> 其他：說明_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |
| AED 抵達日期/時間       | (必填)____月____日<br>____時____分(24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AED 電擊次數（必填）____次                                                                       |    |    |    |  |          |  |  |           |  |          |  |          |           |                                                                                                                                                                       |  |                 |                                                   |  |                                                        |  |                             |  |         |  |  |          |  |  |                   |                               |  |                  |                                                                     |  |          |  |  |            |  |  |      |          |                                                                                         |  |             |          |                                                                                                                                                                                    |  |             |                                 |                   |                                                                      |

|  |             |                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|--|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |             | 小時制)                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|  | 病患預後 (必填)   | <input type="checkbox"/> 現場曾恢復心跳<br><input type="checkbox"/> 現場不曾恢復心跳但轉送醫院<br><input type="checkbox"/> 不施行心肺復甦術(DNAR)<br><input type="checkbox"/> 急救無效並中止心肺復甦術<br><input type="checkbox"/> 明顯死亡<br><input type="checkbox"/> 其他：說明_____ |  |
|  | 病患轉送模式 (必填) | <input type="checkbox"/> 119 救護車或 <input type="checkbox"/> 其他救護車_____<br><input type="checkbox"/> 其他車輛或交通工具：說明_____<br>送離現場時間：：____年____月____日<br>____時____分 (24 小時制)                                                                  |  |
|  | 病患動向(必填)    | <input type="checkbox"/> 醫院：_____醫院<br><input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                               |  |
|  | 其他說明：       | 填表人<br>姓名：<br>聯絡電話：<br>電子郵件：<br>填寫日期：____年<br>____月____日                                                                                                                                                                               |  |

附件四 修正對照表

| 修正名稱                                                                               | 現行名稱                                                                                 | 說明                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 附件三                                                                                | 附件四                                                                                  | 配合附表及附件異動，爰修正附件次序。 |
| 修正規定                                                                               | 現行規定                                                                                 | 說明                 |
|  |  | 未修正。               |