

救急搬送トリアージシート

	最も強い主訴・主症状	小項目	対象該当
対象症例	1 四肢の開放創 (上肢 <input type="checkbox"/> ・ 下肢 <input type="checkbox"/>)	○ 肩関節、股関節部に創傷はない。 <input type="checkbox"/> ○ 指趾等の離断はない。 <input type="checkbox"/> ○ 受傷部末梢の知覚麻痺はない。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 前腕（肘関節を含む）・下腿 （膝関節を含む）の挫傷等 (前腕 <input type="checkbox"/> ・ 下腿 <input type="checkbox"/>)	○ 上腕、大腿に挫傷等はない。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 四肢の熱傷 (上肢 <input type="checkbox"/> ・ 下肢 <input type="checkbox"/>)	○ 肩関節、股関節部に熱傷はない。 <input type="checkbox"/> ○ III度熱傷ではない。 <input type="checkbox"/> ○ 化学損傷ではない。 <input type="checkbox"/> ○ 熱傷範囲は1%以下である。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 耳鼻異物 (耳 <input type="checkbox"/> ・ 鼻 <input type="checkbox"/>)	○ 異物は片側のみである。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 鼻出血	○ 頭部、四肢等に他の外傷はない。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 限局的な皮膚症状（発赤等）	○ 全身症状ではない。 <input type="checkbox"/> ○ 搔痒感、疼痛以外の身体症状 （呼吸苦等）の訴えはない。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 不眠、不安、孤独感等	○ 合併する身体症状 （動悸、頭痛等）の訴えはない。 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

対象症例に該当なら以下を記載

一般項目	1 15歳以上64歳以下である。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	2 重症と判断すべき受傷機転等に該当しない。 (救急活動基準(救急行動要領)第3章重症度・緊急度判断要領による。)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	3 受傷部位は1か所である。(対象症例1～3) (創傷が複数の場合右上肢、左下肢など同一部位に限局しているか。)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	4 現在治療中の以下の疾患等はない。 (1)心疾患 (2)呼吸器疾患 (3)高血圧 (4)透析患者 (5)糖尿病 (6)薬物中毒 (7)肝硬変 (8)出血性疾患(紫斑病・血友病等) (9)悪性腫瘍 (10)抗凝固薬服用	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	5 自損行為による事故ではない。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	6 十分な意思疎通が可能である。 (著しい動揺、興奮等はないか。)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	7 対象症例の悪化を予見させる不安要素がある。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>

バイタルサイン等	1 意識は清明である。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	2 呼吸数は12回/分～24回/分で、性状に異常はない。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	3 脈拍数は60回/分～96回/分で、不整はない。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	4 血圧は110mmHg～160mmHg(収縮期)の範囲である。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	5 SpO ₂ は95%以上である。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	6 出血はない(止血状態)、又は少量(滲出性)である。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	7 受傷部関節の可動域に障害はない。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	8 自力受診のための移動が可能である。 (自力歩行、東京民間救急コールセンターの利用等による受診が可能か。)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>