

外傷・熱傷トリアージシート & 救急活動記録票									
救急隊名					覚知日時 平成 年 月 日 時 分				
医療機関到着日時 平成 年 月 日 時 分					搬送先医療機関 ()				
傷病者情報 氏名: □男・□女、M, T, S, H					年 月 日生 (歳)		ID:		
生理学的評価	初期評価			無	有	評価せず	状況評価 心肺停止 初期評価で有にチェック 全身観察 車内収容 搬送病院選定 状況で有に該当 通常の救急医療機関へ	A 救命救急センター等 B 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC C 救命救急センター等へ搬送またはオンラインMC D	
	気道閉塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	呼吸異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	または JCS = ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	意識低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	GCS 4-5-6 = ()	8 以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	または JCS = ()	30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	呼吸数 = ()	10 未満 30 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	脈拍数 = ()	50 未満 120 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	収縮期血圧 = ()	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
全身観察			無	有	評価せず				
開放性頭蓋陥没骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
顔面・頸部の高度な損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
頭部・胸部の皮下気腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
外頸静脈の著しい怒張	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
胸部の動揺・フレイルチェスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
腹部膨隆、筋性防御	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
骨盤の動揺、下肢長差	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
頭頸部から鼠径部までの鋭的損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
1.5%以上の熱傷または気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
両大腿骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
デグロービング損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
四肢の離断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
四肢の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
状況評価	無	有	評価せず						
自 同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
動 車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
車 車外に放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
乗 車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
車 救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
中 60km/h以上での衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
単 バイクと運転手の距離 大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
車 30km/h以上で走行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
歩 車に轢過された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
行 5m以上はねとばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
者 衝突部のバンパーに変形あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
そ 機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
の 体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
他 高所墜落 (6m以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
医療機関選定理由 (□A, □B, □C, □D)					不応需理由		病院:		
収容決定までの医療機関への依頼回数: (回)							病院:		
隊長コメント 初期診療担当医コメント									

搬送先医療機関記載			
救急外来	初期診療担当	診療科:	担当医:
	病態・処置	病態または診断名:	処置:
入院	初期診療後の経過	<input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 外来死亡 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 同日転送**	
	**転送先医療機関名		
入院	入院後の担当	診療科:	主治医:
	確定診断名		
	身体区分別 maxAIS	頭頸部 (), 顔面 (), 胸部 (), 腹部 (), 四肢骨盤 (), 体表 ()	
退院日	ISS/Ps	ISS:	予測生存率 (Ps):
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸開腹術 <input type="checkbox"/> TAE <input type="checkbox"/> 観血的整復固定術 <input type="checkbox"/> その他	
転帰	退院時の状況	<input type="checkbox"/> 自宅退院、 <input type="checkbox"/> 転院、 <input type="checkbox"/> 死亡	
回答	転院先医療機関名	回答部署:	回答者:

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証