

取組例 1 大阪府堺市域二次医療圏

疾病救急トリアージシート & 救急活動記録票													
救急隊名					発症日時 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:			性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女, M, T, S, H			年齢: 年 月 日生 ( 歳)		ID:			
初期評価													
生理学的評価	気道閉塞, 無呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	状況評価	心肺停止	あり(CPA)	A	直近の医療機関等 リスト①				
	脈拍触知せず	<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"/>	初期評価で 右にチェック	有り			B	救命救急センタ ー等		
	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"/>	なし	無し			C	疾病別医療機関 リストを活用 リスト②③④⑤		
	SpO2 = ( )	90%未満	<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"/>	なし	無し			D	通常の救急医療機関へ		
	収縮期血圧 = ( )	90mmHg 未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	体温 = ( )	34℃未満 40℃以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	重症不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
全身詳細観察, SAMPLE													
主訴・症状・症状	② 40歳以上	20分以上の持続する胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D	無し	通常の救急医療機関へ	通常の救急医療機関へ				
	③ 成人対象	肩, 下顎(歯), 上腹部, 背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	④ 出血	心臓病+胸部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		心電図モニター(II, III, aVF, V1, V2)でSTの上昇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	⑤ 急性腹痛	MCが示す別の基準( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		片側の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	⑥ 急性脳血管障害	片側のしびれ感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	⑦ 消化器	片側の失明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
		めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
⑧ 急性心臓病	失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	MCが示す別の基準( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
医療機関選定理由 ( <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C#, <input type="checkbox"/> D )													
#・Cの活用した場合					収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回)								
③④における当番病院名					病院; <input type="checkbox"/> 依頼せず/ <input type="checkbox"/> 収容可/ <input type="checkbox"/> 収容不可; 不応理由→								
					病院; <input type="checkbox"/> 依頼せず/ <input type="checkbox"/> 収容可/ <input type="checkbox"/> 収容不可; 不応理由→								

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;
	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	
	主たる治療	<input type="checkbox"/> 保存的治療 <input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> t-PA <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的処置
	内容	所見; 術名または処置内容;
	<input type="checkbox"/> 手術療法	
	<input type="checkbox"/> 心臓カテーテル	
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査と処置	
	<input type="checkbox"/> その他	
	退院日	年 月 日
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
	転院先医療機関名	
回答	回答部署;	回答者;

連絡欄	
消防機関→医療機関	MC協議会検証

<b>外傷・熱傷トリアージシート &amp; 救急活動記録票</b>					
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: ( )		性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女, M, T, S, U 年 月 日生 ( 歳) ID: ( )			
生理学的評価	初期評価	無	有	評価せず	
	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"/>	
	ショック症状	<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	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"/>	
	頸部・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"/>	
	胸郭の動揺・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"/>	
	15%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	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"/>	
生 60km/h以上での衝突		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
車 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 (5m以上)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
医療機関選定理由 ( <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C, <input type="checkbox"/> D )		不応理由			
収容決定までの医療機関への依頼回数: ( 回)		病院: ( )			

**状況評価フローチャート:**

```

    graph TD
      Start[状況評価] --> Stop{心肺停止}
      Stop --> A[救命救急センター等]
      Stop -- なし --> Check{初期評価で  
有にチェック}
      Check -- 有り --> B[救命救急センター等へ搬送  
またはオンラインMC]
      Check -- なし --> Observe[全身観察]
      Observe --> InCar[車内収容]
      InCar --> Transfer[搬送病院選定]
      Transfer --> Appropriate{状況で  
有に該当}
      Appropriate -- 有り --> C[救命救急センター等へ搬送  
またはオンラインMC]
      Appropriate -- なし --> D[通常の救急医療機関へ]
    
```

**隊長コメント**

---

**初期診療担当医コメント**

<b>搬送先医療機関記載</b>			
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:
	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 ( )	
	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			
退院日 年 月 日			
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	
	転院先医療機関名		
回答		回答部署:	回答者:

連絡欄	MC協議会検証
消防機関→医療機関	