

# 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準

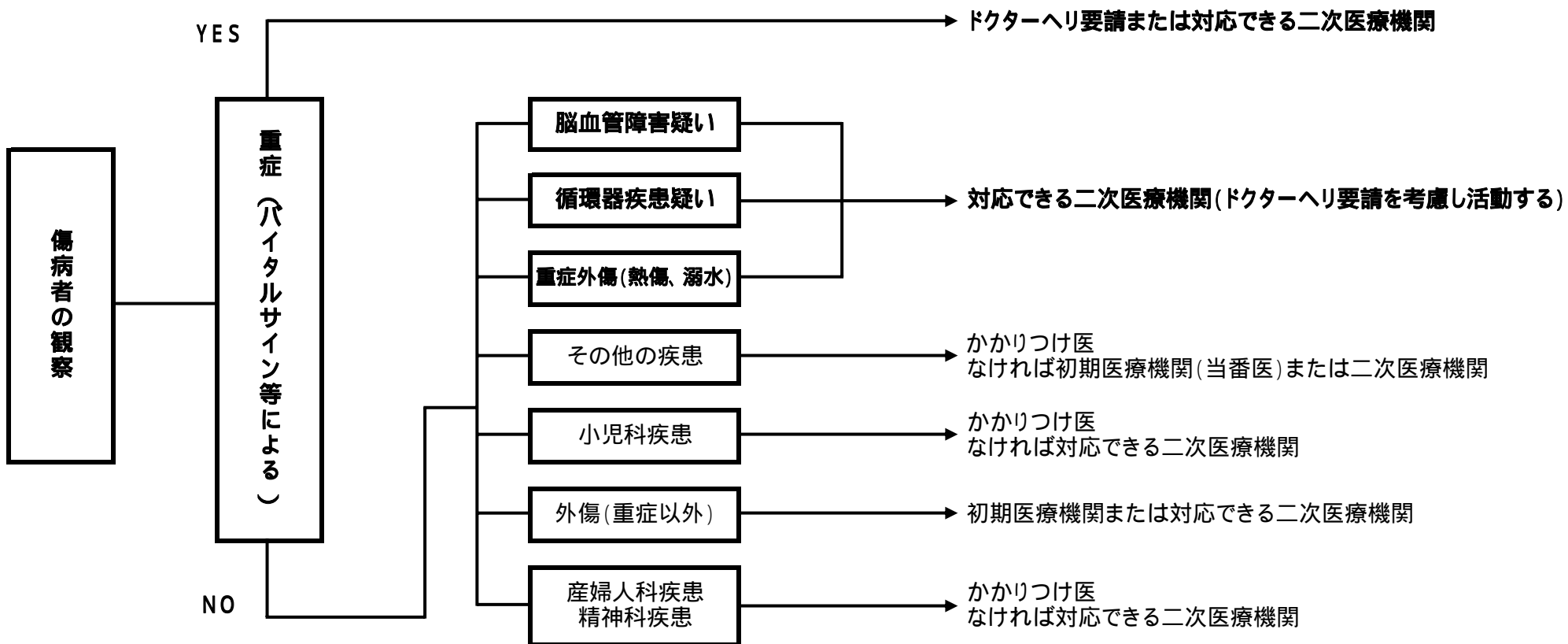
## 下五島地域

平成22年12月

# 目 次

	頁
(第1号) 分類基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
傷病者の心身等の状況に応じた適切な医療の提供が行われる ことを確保するために医療機関を分類する基準	
(第2号) 医療機関リスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
分類基準に基づき分類された医療機関の区分及び当該区分に 該当する医療機関の名称	
(第3号) 観察基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
消防機関が傷病者の状況を観察(確認)するための基準	
(第4号) 選定基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関を選定する ための基準	
(第5号) 伝達基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
消防機関が傷病者の搬送を行おうとする医療機関に対し傷病 者の状況を伝達するための基準	
(第6号) 受入医療機関確保基準・・・・・・・・・・・・・・	9
傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意形 成するための基準その他傷病者の受入れを行う医療機関の確保 に資する事項	
(第7号) その他の基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	10
傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関し必要と認める 事項	
長崎県ドクターヘリ要請基準・・・・・・・・・・・・・・・・	11
トリアージシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	13

### 緊急性における搬送先医療機関のフロー図(五島市)



## 搬送先病院一覧

### 内科(二次医療機関)

- ・ 五島中央病院
- ・ 富江病院(場合によっては外科系も診療可能)
- ・ 奈留医療センター(場合によっては外科系も診療可能)

### 内科(初期医療機関)

- ・ 郡家病院
- ・ 聖マリア病院
- ・ 井上医院
- ・ 浦クリニック
- ・ 久保循環器内科
- ・ 五島ふれあい診療所
- ・ 虎島医院
- ・ いけだ内科
- ・ みどりが丘クリニック
- ・ 南町脳神経外科クリニック
- ・ 富江診療所
- ・ 玉之浦診療所(場合によっては外科系も診療可能)
- ・ 三井楽診療所(場合によっては外科系も診療可能)
- ・ 山田医院
- ・ 山内診療所
- ・ 宿輪医院

### 外科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 郡家病院(初期医療機関)
- ・ 沢本外科医院(初期医療機関)

### 整形外科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 郡家病院(初期医療機関)
- ・ 松尾整形外科(初期医療機関)

### 産婦人科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 福江産婦人科医院(初期医療機関)

### 小児科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 井上医院(初期医療機関)

### 眼科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ ダケ眼科クリニック(初期医療機関)

### 耳鼻咽喉科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 松本耳鼻咽喉科(初期医療機関)

### 皮膚科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)
- ・ 山本皮膚科医院(初期医療機関)

### 精神科

- ・ 五島中央病院(二次医療機関)

## 重症と判断するバイタルサイン(生理学的評価)

- ・意識: JCS100以上
- ・呼吸: 10回/分未満または30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
- ・脈拍: 120回/分以上または50回/分未満
- ・血圧: 収縮期血圧90mmHg未満または収縮期血圧200mmHg以上
- ・SpO<sub>2</sub>: 90%未満
- ・その他: ショック症状

**上記のいずれかが認められる場合、重症と判断できる。**

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書(平成16年3月)から

なお、新生児及び乳幼児の場合は、次のバイタルサイン(生理学的評価)により判断する。

### 新生児・乳幼児共通

- ・意識: JCS100以上
- ・SpO<sub>2</sub>: 90%未満
- ・ショック症状

### 新生児(生後28日未満)

- ・呼吸: 30回/分未満または50回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
- ・脈拍: 150回/分以上または100回/分未満
- ・血圧: 収縮期血圧70mmHg未満
- ・体温: 34 未満、40 以上
- ・その他: 出生後5分以上のアプガースコア7点以下

### 乳児(生後28日から1歳未満)

- ・呼吸: 20回/分未満または30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
- ・脈拍: 120回/分以上または80回/分未満
- ・血圧: 収縮期血圧80mmHg未満
- ・体温: 34 未満、40 以上

### 幼児(1歳から6歳未満)

- ・呼吸: 20回/分未満または30回/分以上、呼吸音の左右差、異常呼吸
- ・脈拍: 110回/分以上または60回/分未満
- ・血圧: 収縮期血圧80mmHg未満
- ・体温: 34 未満、40 以上

**上記のいずれかが認められる場合、重症と判断できる。**

救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書(平成16年3月)から

# 消防機関が傷病者の状況を確認するための基準

## 1 脳血管障害疑い

突然の片側の麻痺 突然の一側のしびれ感 突然の言語障害 片側の失明、めまい、失調 突然の激しい頭痛、偏視、複視 その他救急隊員が判断した場合
---

倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS:Kurashiki Prehospital Stroke Scale)

倉敷病院前脳卒中スケール(KPSS)		全障害は13点満点		
意識水準	<b>覚醒状態</b>			
	完全覚醒		正常0点	
	刺激すると覚醒する		1点	
	完全に無反応		2点	
意識障害 (質問)	<b>患者に名前を聞く</b>			
	正解		正常0点	
	不正解		1点	
運動麻痺	運動麻痺	<b>患者に目を閉じて、両手掌を下にして両腕を伸ばすように口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示</b>	運動右手	運動左手
		左右の両腕は並行に伸ばし、動かずに保持できる	正常0点	正常0点
		手を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点
		手を挙上することができない	2点	2点
	運動麻痺	<b>患者に目を閉じて、両下肢をベッドから挙上するように口頭、身ぶり手ぶり、パントマイムで指示</b>	運動右足	運動左足
		左右の両下肢は動揺せずに保持できる	正常0点	正常0点
		下肢を挙上できるが、保持できず下垂する	1点	1点
		下肢を挙上することができない	2点	2点
言語	<b>患者に「今日はいい天気です」を繰り返して言うように指示</b>			
	はっきりと正確に繰り返して言える		正常0点	
	言語は不明瞭(呂律がまわっていない)、もしくは異常である		1点	
	無言。黙っている。言葉による理解がまったくできない		2点	
合計			点	

## 2 循環器疾患疑い

20分以上の持続する胸痛、絞扼感 肩、下顎(歯)、上腹部の痛み、背部の激痛 心臓病 + 胸部不快感 心電図上のST-T変化(疑わしい) その他救急隊員が判断した場合
--

## 3 呼吸困難

チアノーゼ、起坐呼吸 努力呼吸、著明な喘鳴 著明な浮腫 喘息発作(声を出せないもの) 喀血(概ね100ml以上) 広範囲湿性・乾性ラ音 その他救急隊員が判断した場合
--

#### 4 消化管出血

吐血または血性吐物、下血  
消化器症状 + 高度な貧血、肝硬変  
腹壁緊張、腹膜刺激症状  
その他救急隊員が判断した場合

#### 5 急性腹症

筋性防御、腹壁緊張、圧痛、腹膜刺激症状  
高度脱水、高度貧血、グル音消失  
有響性金属製グル音、妊娠の可能性  
腹部の異常膨隆、頻回の嘔吐  
その他救急隊員が判断した場合

#### 6 意識障害

進行性の意識障害  
痙攣重積(30分以上)  
高度脱水  
項部硬直、頭痛、嘔吐  
低酸素環境、高温、低温環境  
その他救急隊員が判断した場合

#### 7 小児

ぐったり、または、うつろ  
異常な不機嫌・興奮  
妊娠36週未満の新生児、低体温  
頻回の嘔吐あるいは胆汁性の嘔吐  
多発外表奇形の新生児  
出血傾向(血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など)  
高度の黄疸  
脱水症状(皮膚乾燥、弾力なし)  
瞳孔異常(散瞳、縮瞳)  
痙攣の持続  
その他救急隊員が判断した場合

#### 8 周産期

大量の性器出血  
腹部激痛  
腹膜刺激症状  
異常分娩  
呼吸困難  
チアノーゼ  
痙攣  
出血傾向(血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など)

#### 子癇前駆症状

中枢神経症状(激しい頭痛あるいはめまい)  
消化器症状(激しい上腹部痛、激しい嘔気あるいは嘔吐)  
眼症状(眼がちかちかする、視力障害あるいは視野障害)

その他救急隊員が判断した場合

## 9 外傷

全身観察	状況評価
<p>顔面骨骨折 頸部・胸部の皮下気腫 外頸静脈の著しい怒張 胸郭の動揺、フレイルチェスト 腹部膨隆、筋性防御 骨盤骨折(骨盤の動揺、圧痛、下肢長差) 両側大腿骨骨折 (大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差) 頭部、胸部、腹部、頸部または鼠径部への穿通性外傷 (刺創、銃創、杵創など) 15%以上の熱傷を複合している外傷 顔面または気道熱傷 デグロービング損傷 多指切断(例えば手指2本、足指3本) 四肢切断 四肢の麻痺</p>	<p>同乗者の死亡 車の横転 車から放り出された 転倒したバイクと運転者の距離:大 車に轢かれた 自動車が行歩者、自転車に衝突 5m以上跳ね飛ばされた 機械器具に巻き込まれた 車が高度に損傷している 体幹部が挟まれた 救出に20分以上要した 高所墜落</p>

## 10 熱傷

<p>度熱傷30%以上 度熱傷10%以上 化学熱傷 電撃傷 気道熱傷 顔、手、足、陰部、関節の熱傷 他の外傷を合併する熱傷 小児 度熱傷10%以上、高齢者 度熱傷5%以上</p>
---

## 11 中毒

<p>毒物摂取、医薬品(少量の眠剤、抗精神薬を除く) 工業用品(強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物) 覚醒剤、麻薬、毒性のある食物、農薬、家庭用品(防虫剤、殺鼠剤等) 有毒ガス、何を飲んだか不明のもの</p>
--



## 第4号(選定基準)

### 搬送医療機関選定

#### 基本的事項

医療機関の選定は傷病者の観察の結果、傷病者の症状、重症度・緊急度に基づき行うこと。

#### 搬送先選定要領

傷病者の観察等を実施する際、現病歴、既往歴及びかかりつけの医療機関等の情報を併せて把握し、観察基準チェックリスト(トリアージシート)に基づき搬送先選定の判断材料とすること。

傷病者、家族又は関係者から、救急隊の選択によるか又は特定医療機関へ搬送依頼があるか、確認すること。

#### 救急隊が医療機関を選定(選択)する場合

医療機関の選定時には、懇切に説明し確実に了承を得ること。

傷病者の状況(病態)を説明し、搬送先の選定は、傷病者の観察の結果、当該傷病者に適した区分に属する医療機関の中から最も搬送時間が短いものを選定することが基本となる。

また、かかりつけ医療機関がある場合には状況に応じてそれを考慮して選定する。

ただし、傷病者の状態を勘案し、緊急に治療の必要がある場合にはこの限りではない。

#### 特定の医療機関へ搬送を依頼された場合

ア 傷病者、家族又は関係者から搬送先医療機関を依頼された場合、原則としてこれに応じること。

イ 次の場合は傷病者等に十分な説明を行い、観察基準に基づき傷病者の症状に適した医療機関へ搬送するよう努めること。

(ア) 傷病者の症状等から、高度な治療(専門性・高次対応)が必要と判断し、関係者等から依頼された医療機関では処置困難であると判断した場合。

(イ) 傷病者の症状等から、依頼された医療機関まで症状を悪化させずに搬送することが困難と予想される場合。

(ウ) 指定された医療機関までの距離等、業務上支障があると判断した場合。

ただし、特定疾患等で指定された医療機関でしか対応が困難な場合はこの限りではない。

傷病者等に傷病者の症状(病態)及び救急医療体制等の十分な説明を行ったにもかかわらず同意が得られない場合、依頼された医療機関の医師等の判断を仰ぐこと。(必要に応じ、傷病者、関係者等により直接医師等と連絡させることも考慮すること。)

前号により救急隊が搬送することを医療機関が了承した場合は、依頼された医療機関へ搬送すること。

## 医療機関への受け入れ要請連絡

医療機関が傷病者を収容できるかどうかの判断のために、必要な事項を簡潔に伝えること。

救急隊名及び搬送連絡を行っているものの氏名(必須事項)

傷病者の年齢(推定も可)及び性別(ファーストコール必須事項)

現病歴、事故概要(受傷機転)(ファーストコール必須事項)

傷病者の状態(主訴、バイタル、心電図情報等)(ファーストコール必須事項)

実施した処置(ファーストコール必須事項)

医療機関への予想到着時間(ファーストコール必須事項)

既往歴

その他必要な事項

## 第6号(受入医療機関確保基準)

### 第6号の受入医療機関確保基準

傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関との間の合意を形成するための基準

第5号までの基準に従って、傷病者の搬送及び受入れの実施を試みてもなお、傷病者の受入れに時間がかかるケースが発生することが考えられる。

そのような場合に傷病者を速やかに受入れるため、消防機関と医療機関の間で合意を形成する等のルールを設定する。

搬送先医療機関が速やかに決定しない場合の設定

- ・ 当該ルールを適用すべき場合について、照会回数3回以上、現場滞在時間30分以上または医療機関の選定に要している時間10分以上を設定

受入医療機関を確保する方法の設定

- ・ 最終的な受入医療機関の設定  
上記 に該当する場合は五島中央病院とする。

## 第7号(その他基準)

### **搬送手段の選択に関する基準**

早期初期治療の必要があるため、ドクターヘリ、消防防災ヘリを活用する場合には、救急車を活用した場合と、ヘリコプターを活用した場合において、どちらが傷病者の生命や予後の観点から適当かを勘案し要請すること。

## 長崎県ドクターヘリ要請基準

1. **生命の危機が疑われるとき**  
意識の異常、呼吸の異常、循環の異常(冷感、冷汗)、胸痛や麻痺
2. **重症患者で搬送に長時間要すると予想される時**
3. **特殊救急患者(重症熱傷、多発外傷、四肢切断等)で搬送時間の短縮が必要とされる時**
4. **救急現場で緊急診断処置に医師を必要とする時**

## 救急ヘリコプターの出動基準ガイドライン

### 1 自動車事故で重症の可能性がある場合

自動車からの放出  
同乗者の死亡  
自動車の横転  
車が概ね50cm以上つぶれた事故  
客室が概ね30cm以上つぶれた事故  
歩行者もしくは自転車、自動車の跳ね飛ばされ、または引き倒された事故

### 2 オートバイ事故で重症の可能性がある場合

時速35km程度以上で衝突した事故  
ライダーがオートバイから放り出された事故

### 3 転落事故で重症の可能性がある場合

3階以上の高さからの転落  
山間部での滑落

### 4 溺水、生き埋めによる窒息事故

### 5 列車衝突事故

### 6 航空機墜落事故

### 7 船舶事故(火災、転覆、沈没等)

### 8 爆発事故

### 9 傷害事件(撃たれた事件、刺された事件)

### 10 重症が疑われる中毒事故

### 11 バイタルサイン

目を開けさせる(覚醒させる)ためには、大声で呼びかけつつ、痛み刺激(つねる)を与えることを繰り返す必要がある(ジャパンコーマスケールで30以上)  
脈拍が弱くてかすかしか触れない、全く脈がない状態  
呼吸が弱くて止まりそうな状態、遠く浅い呼吸をしている状態、呼吸停止  
呼吸障害、呼吸がだんだん苦しくなっている状態

### 12 外傷

頭部、頸部、躯幹または肘もしくは膝関節より近位の四肢の外傷性出血  
2カ所以上の四肢変形または四肢(手指、足趾を含む)の切断  
麻痺を伴う四肢の外傷  
広範囲の熱傷(体のおおむね1/3を超えるやけど、気道熱傷)  
意識障害を伴う電撃症(雷や電線事故で意識がない)  
意識障害を伴う外傷

### 13 疾病

けいれん発作  
不穏状態(酔っ払いのように暴れる)  
新たな四肢麻痺の出現  
強い痛みの訴え(頭痛、胸痛、腹痛)

### 14 その他

毒蛇と思われる蛇による咬傷  
毒虫、クラゲ等による刺傷によるショック状態等  
減圧症(潜水病・高山病の圧量の急激な変化によって起こる疾病)による加圧治療が必要な者

## トリアージシート(内因性)

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:	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	M. T. S. H	年	月	日生	( 歳)	

初期評価		有	無	評価せず	
気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		有	無	評価せず	
生理学的評価	GCS(4-5-6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼吸数	10回/分未満または30回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脈拍数	50回/分未満または120回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	収縮期血圧	90mmHg未満または200mmHg以上	<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"/>

**A**  
 ドクターヘリ要請  
 または対応できる二次医療機関

全身観察、詳細観察、SAMPLE		有	無	評価せず	
脳血管障害疑い	突然の片側の麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	突然の一侧のしびれ感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	突然の言語障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	片側の失明、めまい、失調	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	突然の激しい頭痛、偏視、複視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
循環器疾患疑い	20分以上の持続する胸痛、絞扼感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	肩、下顎(歯)、上腹部の痛み、背部の激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	心臓病 + 胸部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	心電図モニター(、、MCL)ST-T変化 不整脈(VF、VT、3度Avblock)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
主訴、症状	呼吸困難	チアノーゼ、起坐呼吸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		努力呼吸、著明な喘鳴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		著明な浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	消化管出血	喘息発作(声を出せないもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		咯血(概ね100ml以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		広範囲湿性・乾性ラ音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急性腹症	吐血または血性吐物、下血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	消化器症状 + 高度な貧血、肝硬変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹壁緊張、腹膜刺激症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	筋性防御、腹壁緊張、圧痛、腹膜刺激症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
意識障害	高度脱水、高度貧血、グル音消失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	有響性金属製グル音、妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹部の異常膨隆、頻回の嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	進行性の意識障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	痙攣重積(30分以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	高度脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	項部硬直、頭痛、嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	低酸素環境、高温、低温環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B**  
 対応できる二次医療機関  
 (ドクターヘリ要請を考慮し活動する)

**C**  
 かかりつけ医、なければ初期医療機関(当番医)  
 または二次医療機関

医療機関選定理由(A・B・C)	収容決定までの医療機関への交渉回数( )
-----------------	----------------------

# トリアージシート(外因性)

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:	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	M.T.S.H	年	月	日生	(	歳)	

初期評価		有	無	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"/>		
生理学的評価		有	無	評価せず		
生理学的評価	GCS(4-5-6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 → <b>A</b> ドクターヘリ要請 または対応できる二次医療機関
	またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸数	10回/分未満または30回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍数	50回/分未満または120回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	収縮期血圧	90mmHg未満または200mmHg以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

全身観察		有	無	評価せず	
全身観察	顔面骨骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 → <b>A</b> ドクターヘリ要請 または対応できる二次医療機関
	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"/>	
	骨盤骨折(骨盤の動揺、圧痛、下肢長差)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	両側大腿骨骨折(大腿の変形、出血、腫脹、圧痛、下肢長差)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	頭部、胸部、腹部、頸部または鼠径部への穿通性外傷(刺創、銃創、杵創など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15%以上の熱傷を複合している外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	顔面または気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	デグローピング損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	多指切断(例えば手指2本、足指3本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
四肢切断	<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		有	無	評価せず	
状況評価	同乗者の死亡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 → <b>B</b> 対応できる二次医療機関 (ドクターヘリ要請を考慮し活動する)
	車の横転	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車から放り出された	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	転倒したバイクと運転者の距離:大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車に轢かれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	自動車が歩行者、自転車に衝突	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5m以上跳ね飛ばされた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	機械器具に巻き込まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	車が高度に損傷している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	体幹部が挟まれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
救出に20分以上要した	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
高所墜落	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

熱傷		有	無	評価せず	
熱傷	度熱傷30%以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 → <b>B</b> 対応できる二次医療機関 (ドクターヘリ要請を考慮し活動する)
	度熱傷10%以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	化学熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	電撃傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	気道熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	顔、手、足、陰部、関節の熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	他の外傷を合併する熱傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
小児 度熱傷10%以上、高齢者 度熱傷5%以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

中毒		有	無	評価せず	
中毒	毒物摂取、医薬品(少量の眠剤、抗精神薬を除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 → <b>B</b> 対応できる二次医療機関 (ドクターヘリ要請を考慮し活動する)
	工業用品(強酸、強アルカリ、石油製品、青酸化合物)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	覚醒剤、麻薬、毒性のある食物、農薬、家庭用品(防虫剤、殺鼠剤等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	有毒ガス、何を飲んだか不明のもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

↓ 無

**C** 初期医療機関または対応できる二次医療機関

医療機関選定理由(A・B・C)	収容決定までの医療機関への交渉回数( )
-----------------	----------------------



# トリアージシート(小児)

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:	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	M. T. S. H	年	月	日生	( 歳)

初期評価		有	無	評価せず		
気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
新生児(生後28日未満)		有	無	評価せず		
生理学的評価	GCS(4-5-6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>A</b>                      ドクターヘリ要請                      または対応できる二次医療機関                 </div>
	またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸数	30回/分未満または50回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍数	150回/分以上または100回/分未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	収縮期血圧	70mmHg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"/>	
	アプガースコア	出生後5分以上の7点以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	
乳児(生後28日から1歳未満)		有	無	評価せず		
生理学的評価	GCS(4-5-6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>A</b>                      ドクターヘリ要請                      または対応できる二次医療機関                 </div>
	またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸数	20回/分未満または30回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍数	120回/分以上または80回/分未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	収縮期血圧	80mmHg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"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
体動が著しい場合、号泣している場合等で、各項目を測定することが困難な場合は、第2段階の症状等にて示されている項目を優先して観察し、重症度・緊急度を判断する。						
幼児(1歳から6歳未満)		有	無	評価せず		
生理学的評価	GCS(4-5-6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>A</b>                      ドクターヘリ要請                      または対応できる二次医療機関                 </div>
	またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸数	20回/分未満または30回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	脈拍数	110回/分以上または60回/分未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	収縮期血圧	80mmHg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"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
体動が著しい場合、号泣している場合等で、各項目を測定することが困難な場合は、第2段階の症状等にて示されている項目を優先して観察し、重症度・緊急度を判断する。						
症状等		有	無	評価せず		
症状等	ぐったりまたはうつろ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>B</b>                      対応できる二次医療機関                      (ドクターヘリ要請を考慮し活動する)                 </div>	
	異常な不機嫌・興奮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	妊娠36週未満の新生児、低体温	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	頻回の嘔吐あるいは胆汁性の嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	多発外表奇形の新生児	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	出血傾向(血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	高度の黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	脱水症状(皮膚乾燥、弾力なし)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	瞳孔異常(散瞳、縮瞳)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	痙攣の持続	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	
↓ 無						
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>C</b> かかりつけ医、なければ対応できる二次医療機関                 </div>						

医療機関選定理由(A・B・C)	収容決定までの医療機関への交渉回数( )
-----------------	----------------------

## トリアージシート(周産期)

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: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女、	M. T. S. H	年	月	日生	( 歳)		

初期評価		有	無	評価せず	
気道閉塞、無呼吸		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 →
脈拍触知せず		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生理学的評価		有	無	評価せず	
GCS(4 - 5 - 6)	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 →
またはJCS	100以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
呼吸数	10回/分未満または30回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SpO2	90%未満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脈拍数	50回/分未満または120回/分以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
収縮期血圧	90mmHg未満または200mmHg以上	<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"/>	

**A**  
ドクターヘリ要請  
または対応できる二次医療機関

有

症状等		有	無	評価せず	
症状等	大量の性器出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 →
	腹部激痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	腹膜刺激症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	異常分娩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	呼吸困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	チアノーゼ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
出血傾向(血液が固まらない、注射部位よりの出血、紫斑など)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
子癇前駆症状		有	無	評価せず	
子癇前駆症状	中枢神経症状(激しい頭痛あるいはめまい)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有 →
	消化器症状(激しい上腹部痛、激しい嘔気あるいは嘔吐)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	眼症状(眼がちかちかする、視力障害あるいは視野障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B**  
対応できる二次医療機関  
(ドクターヘリ要請を考慮し活動する)

**B**  
対応できる二次医療機関  
(ドクターヘリ要請を考慮し活動する)

無

**C** かかりつけ医、なければ対応できる二次医療機関

医療機関選定理由(A・B・C)	収容決定までの医療機関への交渉回数( )
-----------------	----------------------