

ID No.				特殊災害: N(R)/B/C		
フリガナ				M/T/S/H 年 月 日生		
氏名				男・女 才	申告血液型 RH(-)	
住所				TEL		
来院手段 救急車・警察車両・バス/トラック・一般車両・独歩・ヘリコプター						
重傷度	O(黒)	I(赤)	II(黄)	III(緑)	Triage実施者・時刻 1) : 2) :	病名:
除染	<input type="checkbox"/> 入念	<input type="checkbox"/> 水洗	<input type="checkbox"/> 脱衣	<input type="checkbox"/> 不要		
院内収容場所					救命救急センター	
受傷日時 月 日 時 分						
受傷場所・状況						
症 状	意識 GCS E V M	損傷部位			災害弱者	
	計	GCS ≤ 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸・腹・頭・頸・鼠径の鋭的損傷	<input type="checkbox"/> のちに専門医の診断を要する
	呼吸 回/分	RR < 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	フレイルチェスト	<input type="checkbox"/> 歩行できない
	整・不整	RR ≥ 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2カ所以上の近位長幹骨折	<input type="checkbox"/> 年齢: ≤5 または ≥55
	血圧 /	aBP < 90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	骨盤骨折	
	脈拍 回/分	痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	四肢の轢断	<input type="checkbox"/> 妊婦・外国人旅行者など
	整・不整	弛緩性麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%以上の熱傷・気道熱傷	<input type="checkbox"/> 循環器・呼吸器・血液疾患などを治療中
SpO2 %		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	四肢の麻痺		
出血 1+, 2+, 3+	赤タッグ			黄タッグ		
所見						
						

