

# 救急外来トリアージシート

患者氏名

患者ID

※医師の診察がすぐに可能であればトリアージは不要

※必ず記載する項目

状況	診察待ち患者数(当該患者含む) 診察中の患者数	人 人	実施日		実施看護師名	
患者情報	主訴:		その他(麻痺や痺れが発症した時刻、下痢、嘔気・嘔吐のあった時刻など) ※痛み(頭痛・腹痛など)に関する情報は下段に記載			
評価時間 ( : )	第一印象の評価 見て・聴いて・感じて 評価	A: 気道狭窄、声が出ない B: 頻呼吸、呼吸が浅い、陥没呼吸 C: 皮膚冷感・湿潤、チアノーゼ D: 意識レベルが悪い、顔色が悪いなど		左記のような症状に一つでも該当する場合 ◆緊急性があるためすぐに診察へ!		
	診察場所選択	<input type="checkbox"/> 救急室 <input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 診察室 <input type="checkbox"/> 待合				

※以下の項目から選択し、該当するものをチェックして緊急度判定欄の緊急度レベルに○をつける。

緊急度	レベル1(蘇生) 直ちに診察	レベル2(緊急) 10分以内に診察	レベル3(準緊急) 30分以内に診察	レベル4(低緊急) 1時間以内に診察	レベル5(非緊急) 2時間以内の診察	
測定時間 ( : )	バイタル サイン	BT:    °C    HR:    回/分    BP:    /    mmHg    RR:    回/分    SpO2:    %				
初回判定 (入室10~15分以内)	呼吸	<input type="checkbox"/> 無呼吸 <input type="checkbox"/> 上気道閉塞 <input type="checkbox"/> SpO2<90%	<input type="checkbox"/> 吸気性喘鳴(stridor)あり <input type="checkbox"/> SpO2<92%	<input type="checkbox"/> 頻呼吸(30回/分以上) <input type="checkbox"/> SpO2:92~94%	<input type="checkbox"/> 呼吸障害なし	
	会話	<input type="checkbox"/> 会話不可	<input type="checkbox"/> 途切れ途切れの会話が可能	<input type="checkbox"/> 文章で会話可能	<input type="checkbox"/> 通常の会話可能	
	循環	<input type="checkbox"/> ショック	<input type="checkbox"/> 顔面蒼白、頻脈、皮膚湿潤	<input type="checkbox"/> 高血圧、低血圧	<input type="checkbox"/> 正常	
	意識	<input type="checkbox"/> GCS:3~8 <input type="checkbox"/> JCS:Ⅲ桁	<input type="checkbox"/> GCS:9~13 見当識障害あり <input type="checkbox"/> JCS:Ⅱ桁	<input type="checkbox"/> GCS:14~15 痙攣後だが意識レベルは正常 <input type="checkbox"/> JCS:Ⅰ桁	<input type="checkbox"/> GCS:14~15 正常 <input type="checkbox"/> JCS:0	
	その他	<input type="checkbox"/> 持続する痙攣 <input type="checkbox"/> ショックを伴う外傷 <input type="checkbox"/> 激しい息切れ <input type="checkbox"/> 高度な徐脈・頻脈	<input type="checkbox"/> 痛みの程度(重度8~10/10) <input type="checkbox"/> 血圧220以上で症状を伴うもの <input type="checkbox"/> 38°C以上の発熱 <input type="checkbox"/> 自殺行為 <input type="checkbox"/> 発症から4時間半以内の脳梗塞(症状:麻痺・構音障害・顔面麻痺・歩行障害)	<input type="checkbox"/> 痛みの程度(中等度:4~7/10) <input type="checkbox"/> 血圧220以上で症状を伴わないもの <input type="checkbox"/> 持続する鼻出血 <input type="checkbox"/> 持続する嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 発症から4時間半以上経過している脳梗塞(症状:片麻痺・構音障害・顔面麻痺・歩行障害)	<input type="checkbox"/> 縫合を要する創 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 持続しない嘔吐・下痢 <input type="checkbox"/> 明らかな風邪症状 <input type="checkbox"/> 持続しない鼻出血 <input type="checkbox"/> 異物誤飲、咬傷	<input type="checkbox"/> 縫合不要な創 <input type="checkbox"/> 処方希望、包帯交換、打撲、捻挫
判定時間 ( : )	緊急度判定	レベル1 ↓	レベル2 15分毎に再評価	レベル3 30分毎に再評価	レベル4 60分毎に再評価	レベル5 120分毎に再評価
医師診察開始時間 ( : )	◆医師に診察依頼		◇レベル2~5は再評価が必要			

※医師の診察が開始された時点で緊急度判定は終了

問診	SAMPLE(問診情報)			OPQRSTT(痛みの評価)		
	S(症状)			O(発症様式・時間)		
	A(アレルギー)			P(増悪・寛解因子)		
	M(薬歴)			Q(痛みの性質)		
	P(既往歴)			R(部位・放散)		
	L(最終飲食)			S(随伴症状)		
	E(状況)			T(持続時間)		
			T(実施した処置・反応)			
再判定時間 ( : )	緊急度再判定	レベル1 直ちに診察	レベル2 15分毎に再評価	レベル3 30分毎に再評価	レベル4 60分毎に再評価	レベル5 120分毎に再評価

◇初回の緊急度判定で緊急度レベル2~5の患者に対して再判定実施 ※評価項目は初回判定と同様