

[資料] 標準トリアージタグ

1 タグの形状及び寸法

2 3. 2 cm (縦) × 1 1 cm (横) とする。

2 タグの紙質

水に濡れても字がかけるなど、丈夫なものとし、本体はやや厚手のもので、複写用紙は本体より薄手のものとする。

3 タグ用紙の枚数

4枚とし1枚目は「トリアージポスト～指揮本部用」2枚目は「指揮本部用（災害現場用）」3枚目は「搬送機関用」とし、4枚目は「収容医療機関用」とする。

4 タグの形式

モギリ式とし、モギリの幅は1. 8 cm とする。

5 タグに用いる色の区分

- ・ 治療不要もしくは軽処置群を緑色 (III)
- ・ 非緊急治療群を黄色 (II)
- ・ 緊急治療群を赤色 (I)
- ・ 死亡あるいは救命困難群を黒色 (0)

モギリ片の色の順番は、外側から緑色、黄色、赤色、黒色で両面印刷とし、ローマ数字のみ記載し、模様や絵柄は記載しない。

6 傷病者の同定及び担当機関の同定等に係わる記載内容

- (1) 傷病者の同定の項目については、「氏名」、「年齢」、「性別」、「住所」、「電話」とし、外国人の家族や本人が記載することも想定し、これらの項目については英語を併記する。
- (2) 担当機関の同定等の項目については、「(タグの) No.」、「トリアージ実施月日・時刻」、「トリアージ実施者氏名」、「搬送機関名」、「収容医療機関名」とする。
- (3) 3枚目の「収容医療機関用」の裏面の上部には「特記事項」の記入できるスペースを設けることが望ましい。

7 タグ制作主体の裁量部分

地域において想定される災害の頻度や種類が異なることや、医療機関で独自に作成する場合には簡易カルテとしても利用することが可能なよう、当該部分については、タグ制作主体の裁量により作成するものとする。

具体的な項目例として、(イ) 傷病者のバイタルサイン、人体図等の当該傷病者の傷病状況に関する事項、(ロ) タグ制作主体の名称、マーク等が考えられる。

トリアージ・タグ 1枚目 《トリアージポスト～指揮本部用》

《トリアージポスト～指揮本部用》

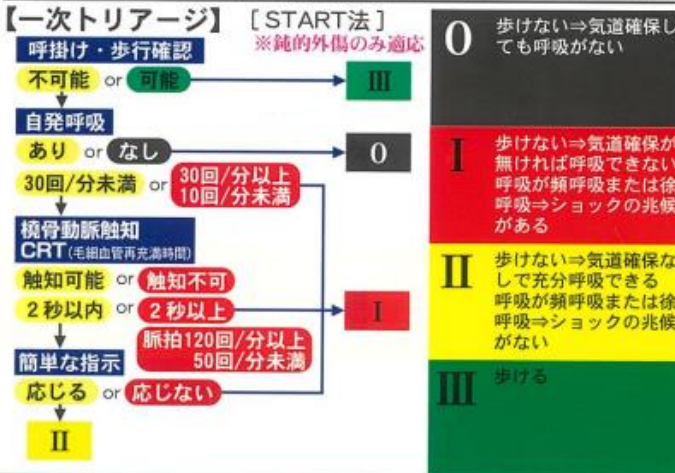
No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)	電話 (Phone)		
トリアージ実施月日・時刻 (Date・Time) 月 日 AM 時 分 PM	トリアージ実施者氏名 (Enforcement Person)		
搬送機関 (Conveyer)	収容医療機関 (Medical Facilities)		
トリアージ実施場所 (Execution Place) <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> ポスト <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他 ()	救出場所 (Rescue Place)		
トリアージ実施機関 (Organization)	・ 医師 (Doctor) ・ 救急救命士 (Paramedic) ・ その他 (Others)		
症状・傷病名 (Condition) <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項 (Note) (応急処置内容・既往症・搬送・治療上特に留意する事項等を記入)			

トリアージ区分 (Category)

1st (0 I II III) 2回目以降の時刻

2nd (0 I II III) ⇒ AM・PM 時 分

3rd (0 I II III) ⇒ AM・PM 時 分



トリアージ・タグ 2枚目 《指揮本部用（災害現場用）》

《指揮本部用（災害現場用）》

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
1		3	4
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 (Date・Time)		トリアージ実施者氏名 (Enforcement Person)	
2 月 日 AM 時 分 PM		5	
搬送機関 (Conveyer)		収容医療機関 (Medical Facilities)	
トリアージ実施場所 (Execution Place)		救出場所 (Rescue Place)	
<input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> ポスト <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他 ()			
トリアージ実施機関 (Organization)		・ 医師 (Doctor) ・ 救急救命士 (Paramedic) ・ その他 (Others)	
症状・傷病名 (Condition)			
<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項 (Note) 応急処置内容・既往症・搬送・治療上特に留意する事項等を記入			
トリアージ区分 (Category)			
1 st (0 I II III) 2 回目以降の時刻			
2 nd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			
3 rd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			



トリアージ・タグ 3枚目 《搬送機関用》

《搬送機関用》

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 (Date・Time) 月 日 AM 時 分 PM		トリアージ実施者氏名 (Enforcement Person)	
搬送機関 (Conveyer)		収容医療機関 (Medical Facilities)	
トリアージ実施場所 (Execution Place) <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> ポスト <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他 ()		救出場所 (Rescue Place)	
トリアージ実施機関 (Organization)		<input type="checkbox"/> 医師 (Doctor) <input type="checkbox"/> 救急救命士 (Paramedic) <input type="checkbox"/> その他 (Others)	
症状・傷病名 (Condition) <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項 (Note) (応急処置内容・既往症・搬送・治療上特に留意する事項等を記入)			
トリアージ区分 (Category)			
1st (0 I II III) 2回目以降の時刻			
2nd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			
3rd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			

0

I


II

III

トリアージ・タグ 4枚目 《収容医療機関用》

《収容医療機関用》

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施日・時刻 (Date・Time) 月 日 AM 時 分 PM		トリアージ実施者氏名 (Enforcement Person)	
搬送機関 (Conveyer)		収容医療機関 (Medical Facilities)	
トリアージ実施場所 (Execution Place) <input type="checkbox"/> 現場 <input type="checkbox"/> ポスト <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他 ()		救出場所 (Rescue Place)	
トリアージ実施機関 (Organization)		<input type="checkbox"/> 医師 (Doctor) <input type="checkbox"/> 救急救命士 (Paramedic) <input type="checkbox"/> その他 (Others)	
症状・傷病名 (Condition) <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 挫創 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項 (Note) (応急処置内容・既往症・搬送・治療上特に留意する事項等を記入)			
トリアージ区分 (Category)			
1st (0 I II III) 2回目以降の時刻			
2nd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			
3rd (0 I II III) ⇨ AM・PM 時 分			



0
I
II
III