

傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準

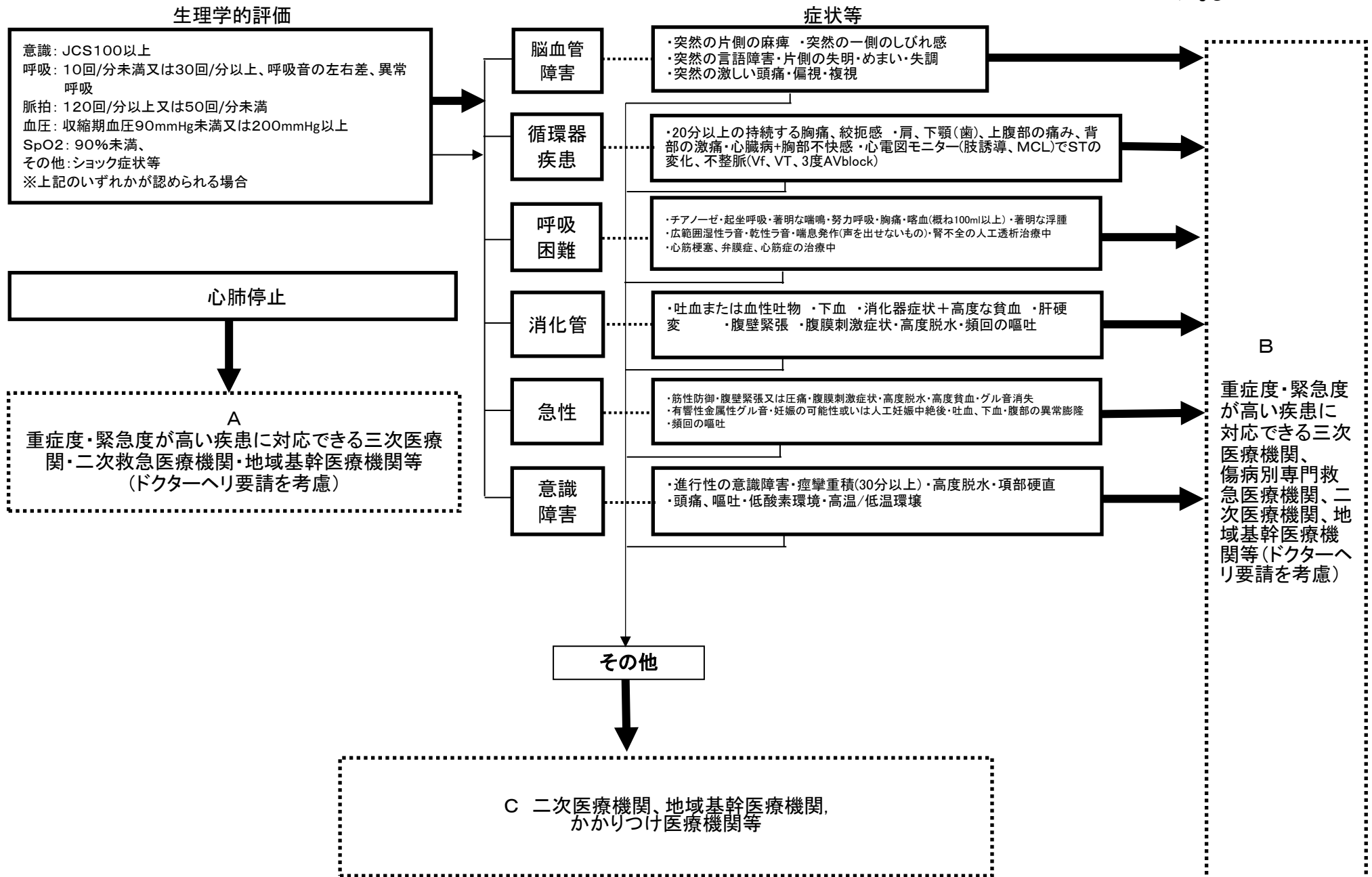
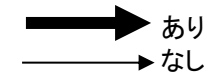
県北地域

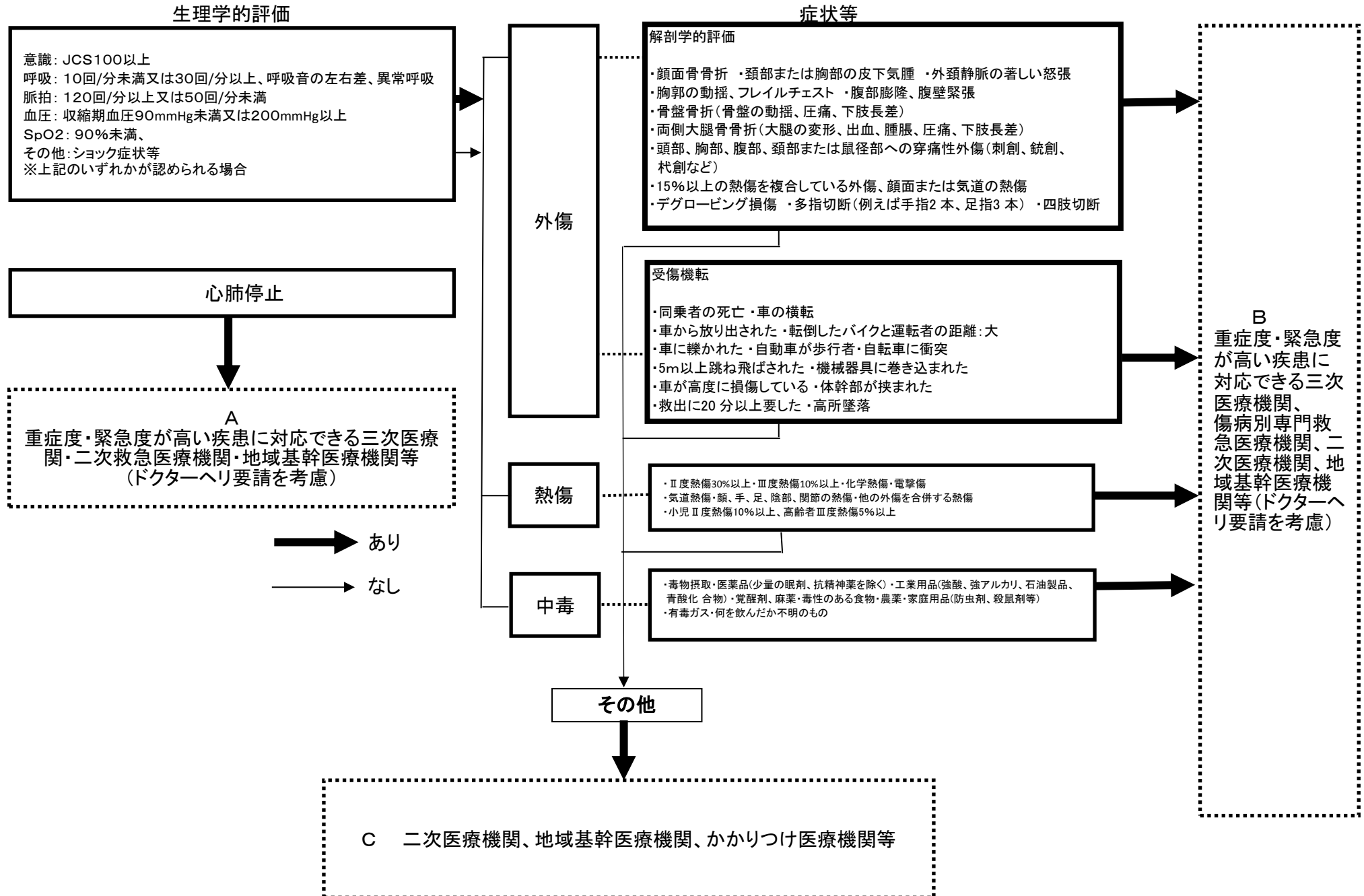
令和7年12月1日

附則 平成22年12月 作成
附則 平成23年3月1日 一部改正
附則 令和7年12月1日 一部改正

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3号) 観察基準	
消防機関が傷病者の状況を観察（確認）するための基準	
(第2号) 医療機関リスト・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	4
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4号) 選定基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	6
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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	7
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	
傷病者の受入れに関する消防機関と医療機関と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	
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	
トリアージシート・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8

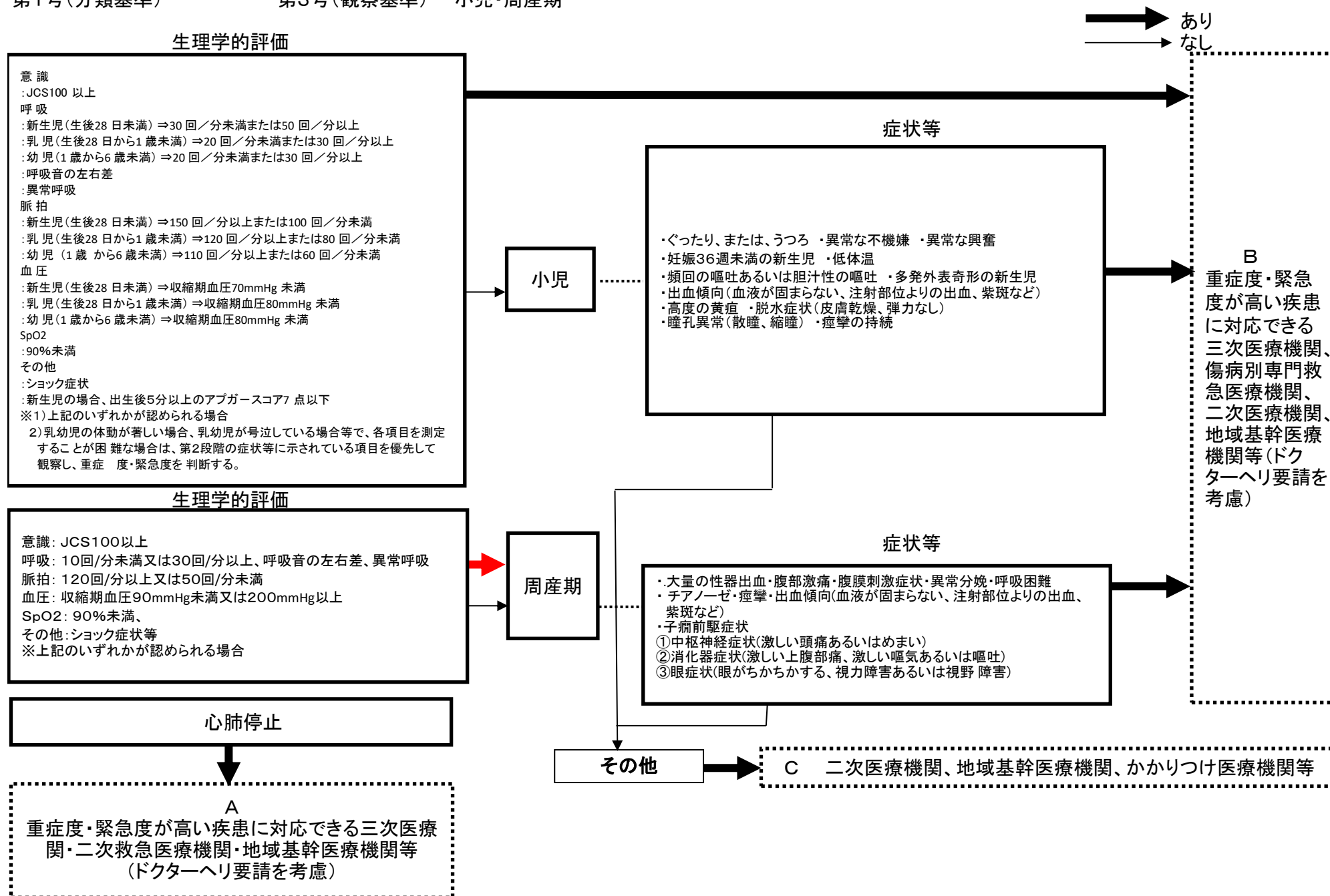




第1号(分類基準)

第3号(観察基準)

小児・周産期



第2号医療機関リスト

[illegible]

第2号医療機関リスト

周産期	重症度・緊急度【高】	長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（ドクターヘリ要請を含む。）
	その他	長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
婦人科	重症度・緊急度【高】	長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（ドクターヘリ要請を含む。）
	その他	長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
小児	重症度・緊急度【高】	長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、西海救急クリニック、その他の医療機関（ドクターヘリ要請を含む。）
	その他	長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保中央病院、西海救急クリニック、柿添病院、北川病院、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
精神科		長崎県精神医療センター、長崎医療センター、西海救急クリニック、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
耳鼻咽喉科		長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、柿添病院、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
眼科		長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
口腔外科		長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保共済病院、西海救急クリニック、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）
その他	重症度・緊急度【高】	長崎大学病院、長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保中央病院、その他の医療機関（ドクターヘリ要請を含む。）
	その他	長崎医療センター、佐世保市総合医療センター、佐世保中央病院、京町病院、北松中央病院、長崎川棚医療センター、西海救急クリニック、柿添病院、北川病院、平戸市民病院、平戸生月病院、青洲会病院、その他の医療機関（かかりつけ医療機関を含む。）

第4号（選定基準）

搬送医療機関選定

（1）基本的事項

搬送すべき医療機関の選定は、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。

（2）搬送先選定要領

① 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医療機関等の情報を把握し、観察基準に基づくとともに、必要に応じてトリアージシートを活用し、搬送すべき医療機関を選定すること。

② 傷病者、家族又は関係者から、救急隊の選択によるか又はかかりつけ医療機関等の特定医療機関への搬送依頼があるか、確認すること。

③ 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。

傷病者の症状（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が、輪番制を採用している地域においては当番となっている医療機関の中から選定すること、長崎県救急医療情報システム等を用いて受入可能な医療機関の中から選定すること、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し、できれば複数病院の情報を提示する。

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はこの限りではない。

④ 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特定の医療機関への搬送を依頼された場合は、原則としてこれに応えること。

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（必要に応じてトリアージシートを活用）、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） 依頼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、特定疾患等で依頼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。

⑤ 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、搬送を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）

⑥ 前号の規定により搬送を依頼された医療機関が搬送を了承した場合は、当該医療機関へ搬送すること。

第5号(伝達基準)

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。

- (1) 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)
- (2) 傷病者の年齢(推定も可)及び性別(必須事項)
- (3) 現病歴、事故概要※受傷機転(必須事項)
- (4) 傷病者の状態※主訴、バイタル、心電図情報等(必須事項)
- (5) 実施した処置(必須事項)
- (6) 医療機関への予想到着時間(必須事項)
- (7) 既往歴

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

- (1) 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。

① 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4回以上又は現場滞在時間(or 医療機関の選定に要している時間)30分以上を設定

② 受入医療機関を確保する方法の設定

- ・ 一時受入れ・転院医療機関の設定
- ・ 機能別に最終的な受入医療機関の設定

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、消防防災ヘリ及びドクターカーを活用する場合には、救急車を活用した場合と、ヘリコプター等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。

トリアージシート(内因性)

救急隊名		令和 年 月 日 時 分		覚知日時		令和 年 月 日 時 分	
医療機関到着日時		令和 年 月 日 時 分		搬送先医療機関			
傷病者情報		氏名: □男・□女、T,S,H,R		年 月 日生 (歳)			
初期評価				有	無	評価せず	有
気道閉塞、無呼吸				□	□	□	
脈拍触知せず				□	□	□	
				有	無	評価せず	
生理学的評価	GCS4-5-6	8以下	□	□	□	A	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)
	またはJCS	30以上	□	□	□		
	呼吸数	10未満30以上	□	□	□		
	SpO2	90%未満	□	□	□		
	脈拍数	50未満120以上	□	□	□		
	収縮期血圧	90mmHg未満	□	□	□		
	体温	34℃未満40℃以上	□	□	□		
全身詳細観察,SAMPLE				有	無	評価せず	有
主訴、症状、	脳血管疾患	突然の片側の麻痺	□	□	□		
		突然の一侧のしびれ感	□	□	□		
		突然の言語障害	□	□	□		
		突然の激しい頭痛	□	□	□		
		片側の失明	□	□	□		
		めまい	□	□	□		
		失調	□	□	□		
		偏視	□	□	□		
		複視	□	□	□		
	循環器疾患	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	□	□	□		
		心電図モニター(Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、MCL)ST上昇	□	□	□		
		不整脈(Vf、VT、3度AVblock)	□	□	□		
	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)	□	□	□		
	消化管出血	広範囲湿性・乾性う音	□	□	□		
		吐血または血性吐物、下血	□	□	□		
		消化器症状+高度な貧血、肝硬変	□	□	□		
	急性腹症	腹壁緊張、腹膜刺激症状	□	□	□		
		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	□	□	□		
	意識障害	腹部の異常膨隆、頻回の嘔吐	□	□	□		
		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		□	□	□			
				無			C 二次医療機関、地域基幹医療機関、かかりつけ医療機関等
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			発症日時 令和 年 月 日 時 分			搬送先医療機関			
医療機関到着日時 令和 年 月 日 時 分			搬送先医療機関			搬送先医療機関			
傷病者情報 氏名:			性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女、T.S.H.R			年齢: 年 月 日生 (歳)			
初期評価			有	無	評価せず	有	A	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
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	有	B	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
GCS4-5-6	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"/>	有	C	二次医療機関、地域基幹医療機関 かかりつけ医療機関等
全身観察			有	無	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、 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"/>	有	D	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
腹部膨隆・筋性防御			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
骨盤の動揺・下肢長さ差			<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"/>	有	E	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
デグロービング損傷			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
四肢の礫断			<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				
同乗者の死亡			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	F	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
車の横転			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
車外に放り出された			<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"/>				
救出に20分以上要した			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
60km/hr以上での衝突			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	G	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
バイクと運転手の距離大			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30km/hr以上で走行			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
車に礫過された			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5m以上はねとばされた			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
咽衝突部のバンパーに変形あ			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	H	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
り機械器具に巻き込まれた			<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"/>				
高所墜落(6m以上)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
熱傷			有	無	評価せず				
Ⅱ度熱傷30%以上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	I	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
Ⅲ度熱傷10%以上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
化学熱傷・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"/>	有	J	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
小児Ⅱ度熱傷10%以上、高齢者Ⅲ度熱傷5%以上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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"/>				
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"/>	有	K	重症度・緊急度が高い疾患に対応できる三次医療機関、傷病別専門救急医療機関、二次医療機関、地域基幹医療機関等(ドクターヘリ要請を考慮)	
中毒			有	無	評価せず				
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()						
無									
C 二次医療機関、地域基幹医療機関 かかりつけ医療機関等									

トリアージシート(小児)

救急隊名		覚知日時 令和 年 月 日 時 分	
医療機関到着日時 令和 年 月 日 時 分		搬送先医療機関	
傷病者情報 氏名: □男・□女、H・R		年 月 日生 (歳)	
初期評価		有	無 評価せず
気道閉塞、無呼吸		□	□ □
脈拍触知せず		□	□ □
生理学的評価	新生児(生後28日未満)	有	無 評価せず
	GCS4-5-6 8以下	□	□ □
	またはJCS 100 以上	□	□ □
	呼吸数 30 回/分未満または50 回/分以上	□	□ □
	SpO2 90%未満	□	□ □
	脈拍数 150 回/分以上または100 回/分未満	□	□ □
	収縮期血圧 収縮期血圧70mmHg 未満	□	□ □
	体温 34℃未満40℃以上	□	□ □
	アプガースコア 出生後5分以上の7 点以下	□	□ □
		有	
生理学的評価	乳児(生後28日から1歳未満)	有	無 評価せず
	GCS4-5-6 8以下	□	□ □
	またはJCS 100 以上	□	□ □
	呼吸数 20 回/分未満または30 回/分以上	□	□ □
	SpO2 90%未満	□	□ □
	脈拍数 120 回/分以上または80 回/分未満	□	□ □
	収縮期血圧 収縮期血圧80mmHg 未満	□	□ □
	体温 34℃未満40℃以上	□	□ □
		□	□ □
※乳幼児の体動が著しい場合、乳幼児が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。			
生理学的評価	幼児(1歳から6歳未満)	有	無 評価せず
	GCS4-5-6 8以下	□	□ □
	またはJCS 100 以上	□	□ □
	呼吸数 20 回/分未満または30 回/分以上	□	□ □
	SpO2 90%未満	□	□ □
	脈拍数 110 回/分以上または60 回/分未満	□	□ □
	収縮期血圧 収縮期血圧80mmHg 未満	□	□ □
	体温 34℃未満40℃以上	□	□ □
		□	□ □
※乳幼児の体動が著しい場合、乳幼児が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
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		□	□ □
		有	
		無	
C 二次医療機関、地域基幹医療機関、かかりつけ医療機関等			
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		令和 年 月 日 時 分		覚知日時		令和 年 月 日 時 分	
医療機関到着日時		令和 年 月 日 時 分		搬送先医療機関			
傷病者情報		氏名: □男・□女、 S,H,R		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	GCS4-5-6	8以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		有
	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"/>		
	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"/>		
	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"/>		
有							
症状等				有	無	評価せず	
	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		
	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"/>		
	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"/>		
無							
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>C 二次医療機関、地域基幹医療機関、かかりつけ医療機関等</p> </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()			

A
重症度・緊急度が
高い疾患に対応
できる三次医療
機関、二次医療
機関、地域基幹
医療機関等(ドク
ターヘリ要請を考
慮)

B
重症度・緊急
度が高い疾
患に対応でき
る三次医療機
関、傷病別専
門救急医療
機関、二次医
療機関、地域
基幹医療機
関等(ドクター
ヘリ要請を考
慮)