

Assessment (評価) = 問題は何か

可能性のある問題	現在の問題
外傷 筋骨格系・外皮系 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 創 主要器官系 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脳震盪/↑ICP <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> ポリュウムショック 環境 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水/低ナトリウム <input type="checkbox"/> 日光障害 <input checked="" type="checkbox"/> 熱疲労/熱射病 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 落雷障害 <input type="checkbox"/> 寒さ/低体温 <input type="checkbox"/> 凍傷/低温障害 <input type="checkbox"/> 溺れ <input type="checkbox"/> 毒反応 <input type="checkbox"/> 局所アレルギー反応 <input type="checkbox"/> 全身アレルギー反応 <input type="checkbox"/> 乗り物酔い <input type="checkbox"/> 高山病 <input type="checkbox"/> 潜水障害 疾病 レベル3の避難が必要な緊急性の低い問題 <input type="checkbox"/> 軽度の痛み、不快感が継続し、野外での処置でそれを取り除くことができず、それ以上の遠征を続けることができないか、通院が必要な場合 レベル2の避難が必要なレッドフラッグ <input type="checkbox"/> 下痢をとまなわない腹部の痛み、食欲減退、発熱、土圧痛 <input type="checkbox"/> 消化器系から出血を伴う腹部の痛み/圧痛（黒い嘔吐、黒い便、赤い便） <input type="checkbox"/> ヒールドロップテストに伴う腹部の痛み <input type="checkbox"/> 1日を越えて徐々に悪化する痛み/圧痛 <input type="checkbox"/> 60才以上で、原因の分からない頭部、胸部、腹部の痛み <input type="checkbox"/> 角膜損傷 レベル1の避難が必要なレッドフラッグ <input type="checkbox"/> 突然の心理状態の変化、数分で解決できない視覚障害 <input type="checkbox"/> 全てのVPU（低血糖を疑い、グルコースを与える） <input type="checkbox"/> 突然の、今までにない、深刻な痛み（腎臓結石かどうかわからない） <input type="checkbox"/> 胸の痛み、圧迫（胸焼けかどうかわからない） <input type="checkbox"/> 原因がわからない、もしくは喘息による深刻な呼吸困難 <input type="checkbox"/> 口もしくは肛門からの大量の出血 <input type="checkbox"/> 膣からの頻繁な出血（1日に5回以上ナプキンを変える） <input type="checkbox"/> 筋の攣りを伴う腹部の深刻な痛み <input type="checkbox"/> リバウンドペインを伴う腹部の特定の部位の痛み <input type="checkbox"/> ポリュウムショックのS/Sxを伴う腹部の痛み/圧痛	時間 — 熱疲労（順化できなければ③）

Treatment Plan(処置計画)=どのような処置をするか

観察	可能な処置
予想される問題と S/Sx 初期熱射病 ・イライラ ・不自然な行動 ・40°C	運動中止 冷却 水分+電解質 尿の観察
備考	if 処置不可→レベル1

Evacuation Plan(避難計画)=どのように避難するか

現在の問題に基づいて避難計画1を立てる 予想される問題によって避難レベルが上がる場合は避難計画2を立てる		
時間	レベル	方法
—	1 2 ③ 4	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
	① 2 3 4	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 背負 <input type="checkbox"/> 担架 <input type="checkbox"/> 車等 <input type="checkbox"/> ヘリ等
避難計画1 <input type="checkbox"/> 救助要請 通報先 _____ 時間 _____		
避難計画2 <input type="checkbox"/> 救助要請 通報先 _____ 時間 _____		
救助者氏名 _____		
Eメール _____		電話 _____
<input type="checkbox"/> WFA <input type="checkbox"/> WAFU <input type="checkbox"/> WFR <input type="checkbox"/> レスキュー <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 準医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師		