（様式20）

医療機関別収容患者の状況

医療機関名	
担当者・職氏名	
TEL・FAX	

No.	氏　　名	性別	年齢	住　　所	緊急度 赤　黄　緑　黒	傷病内容	搬送機関	搬送時刻	外来・入院・転院等の措置
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				
					Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　O				