

原子力災害医療共通連絡票（情報提供・搬送要請・受入要請）

年 月 日 () 時 分		区分	電話・口頭・FAX・メール・その他
受信者 (送付先)	所属	氏名	
	FAX	TEL	
発信者	所属	氏名	
	FAX	TEL	
件 名			
(連絡内容) () における事故に係る傷病者について、次のとおり、 <input type="checkbox"/> 情報提供 <input type="checkbox"/> 医療機関への受入要請 <input type="checkbox"/> 医療機関への搬送要請 を行います。			
【共通事項】			
事故概要			
発生日時			
発生場所			
発生原因・事故状況			
傷病者		受入・搬入 要請者数 (名)	事故等による 傷病者の総数 (名)
傷病者数 (計)			
被ばく医 療を要す る傷病者 数	被ばく +外傷		
	汚 染 +外傷		
	被ばく+ 汚染+外傷		
一般診療のみを要する 傷病者数			
			【原子力事業者の場合】 様式7を添付 【救護所の場合】 様式9-1を添付 【共通事項】 ※様式3-1[別表] 傷病者一覧表を添付 ※必要に応じ、その他 詳細情報を添付する ※不明な事項は「不明」、 該当がない項目は 斜線を記入する
【個別事項】			
			※必要に応じて記入
※受入・搬送の可否について、 時 分までに御回答ください。			
内部処理	口頭伝達・コピー配布・ボード記入・その他 ()		
連絡事項の処理	年 月 日 時 分	手段	電話・口頭・FAX・メール・その他
(連絡状況)			

※断片的な情報であっても速報し、詳細及び訂正は追加で続報すること。