

(様式 9-1) 医療処置結果報告書

所属	
診察医サイン	
記録者サイン	

患者氏名	(性別) 男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
カルテ No.		住 所	
既往歴			
内服薬		連絡先	
アレルギー		連絡相手方	

(事故及び被ばくの状況)

検査・診察結果

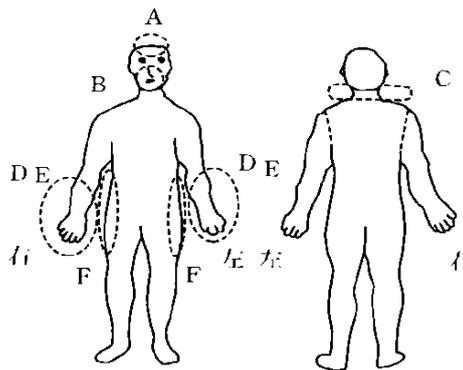
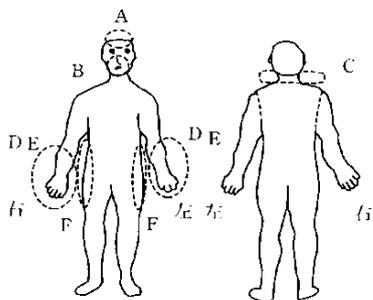
バイタルサイン等	意識レベル		血 圧	/	脈 拍	回/分
	呼 吸	回/分	SpO ₂	%	酸素投与量	L/分
	体 温	℃	出 血	有 ・ 無	出血部位	

汚染検査・線量評価

外傷等

体表面汚染	・有 (部位 : ・無	cpm)	部位・程度・状況
-------	----------------	------	----------

汚染部位・密度



内部被ばく	・有 (部位 : ・無	cpm)
-------	----------------	-------

外部被ばくの恐れ	有 ・ 無
----------	-------

30cm 空間線量率	.mSv/h	【処置内容】
------------	--------	--------

転送の要否	要 ・ 不要
-------	--------

転送先 (候補)	
----------	--

転送時期 (予定)	
-----------	--