主要救護所名 _____

医療救護者受付簿

No. _____

受付 No	受付年月日 (受付時間)	氏 名	生年月日	年齢	性別	住 所	傷 病 の 程 度	トリア ージ	処置の状況 (搬送先医療機関名)	摘 要
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師
	R . (:)		M・T R . . S・H		男 女			0 I II III	完了 . 未 ( )	処置医: 医師