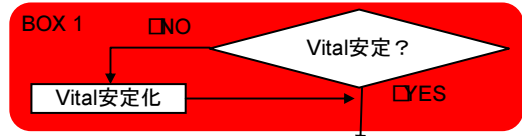


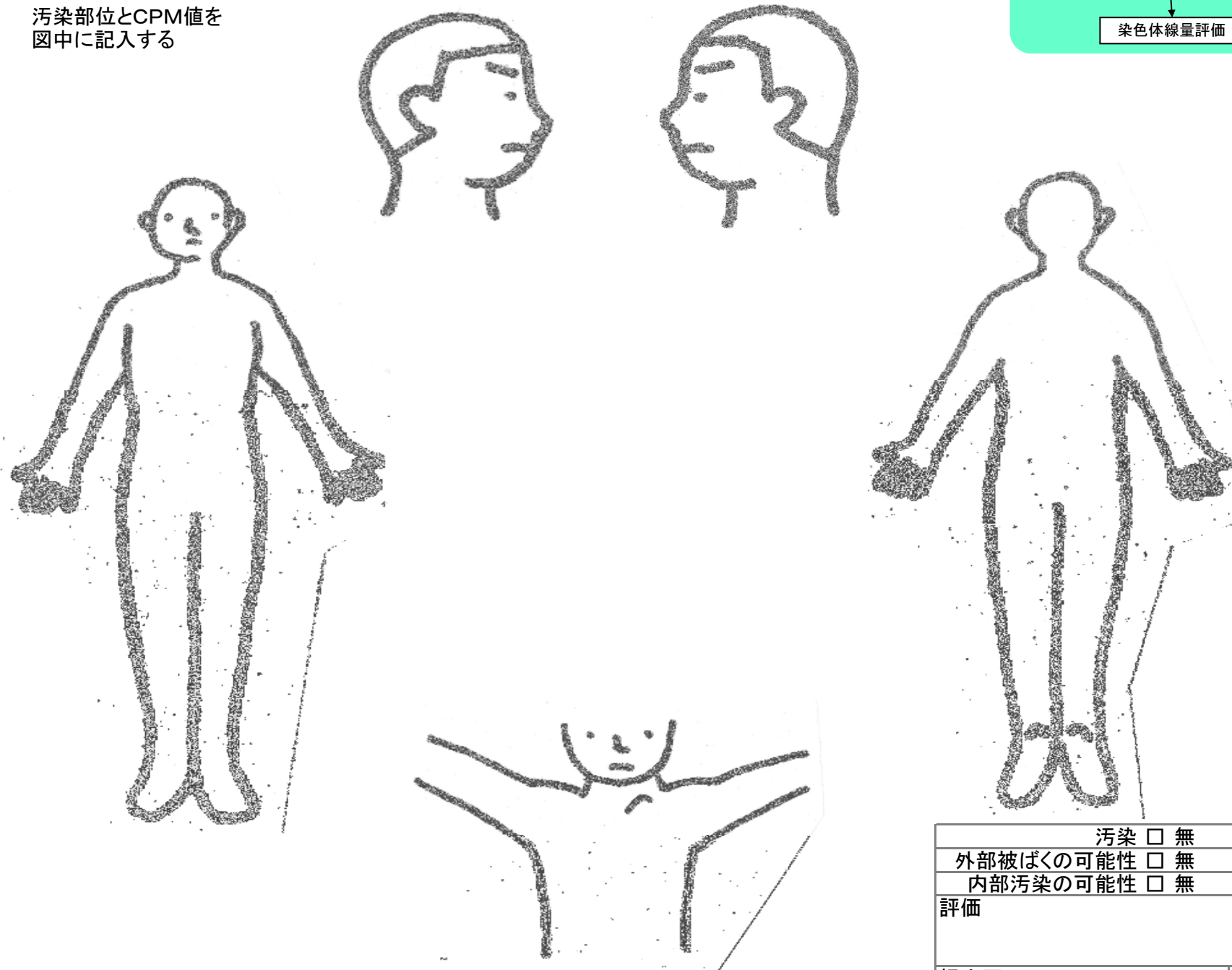
ID 受傷日時 来院日時 事故概要
 氏名 年 月 日 (男・女) 年齢 年 月 日 時 分
 年 月 日 時 分

来院時バイタルサイン BP mmHg HR /min RR /min SpO2 % (O2 L/min)
 BT °C JCS GCS (E V M)
 Primary survey 異常あり (A B C D) → 外傷初療へ PS異常あり → 蘇生継続
 異常なし → **BOX 1へ** PS異常なし → **BOX 1へ**



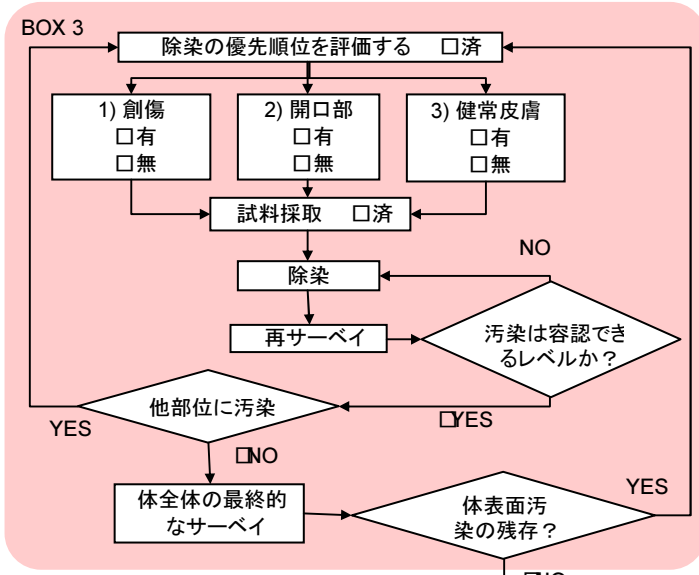
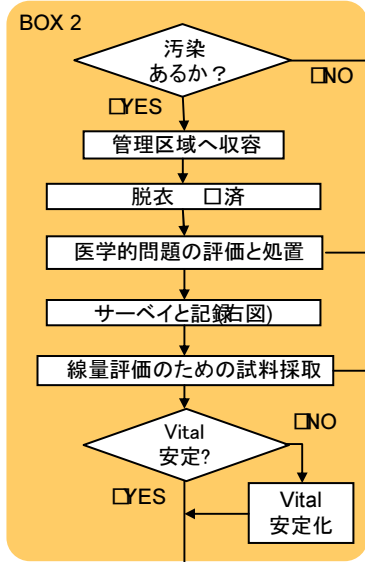
サーベイメータの種類	サーベイメータの種類	サーベイメータの種類
型式	型式	型式
B.G.レベル	B.G.レベル	B.G.レベル
cpm	μSv/h	B.G.測定日時
B.G.測定日時	B.G.測定日時	B.G.測定日時

汚染部位とCPM値を
 図中に記入する



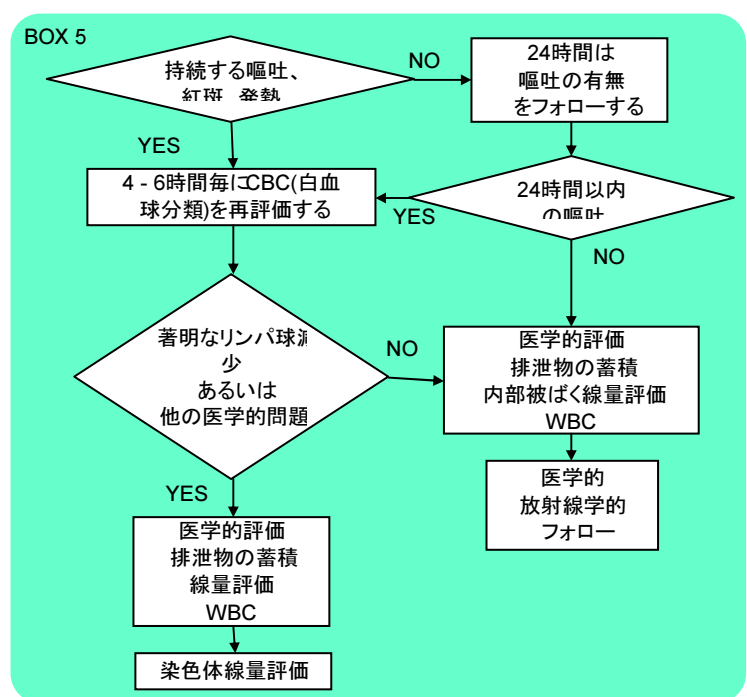
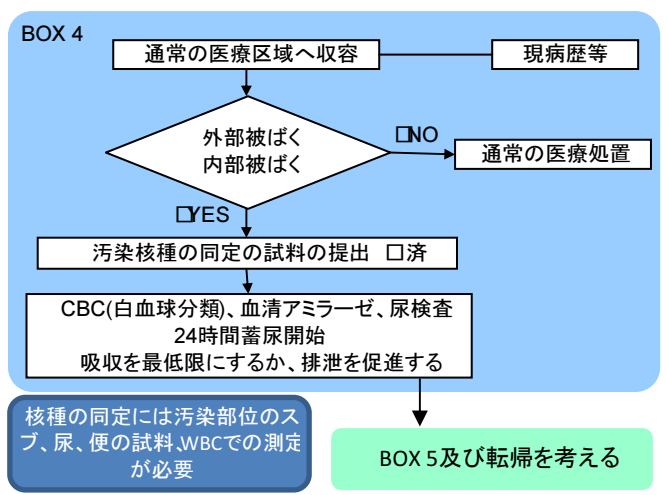
受傷後4時間
 以内の嘔吐
 有 → 外部被ばくの可能性あり
 無

鼻腔スワブ
 提出済
 陽性 → 内部汚染の可能性あり
 片側陽性
 陰性



試料は核種同定のため
 ガーゼ
 スワブ

BOX 4へ
 汚染残存ありだが、汚染拡大
 止処置済み
 汚染残存なし



汚染	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	体表面汚染カルテ①記入
外部被ばくの可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	外部被ばくカルテ②記入
内部汚染の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	内部汚染カルテ③記入
評価			
担当医	看護師		