



(災害現場用)

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM 時 分 PM		トリアージ実施者氏名	
搬送機関名		収容医療機関名	

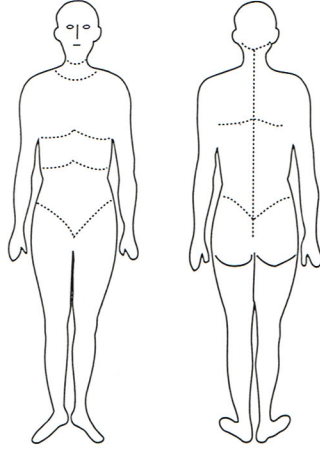
トリアージ実施場所	トリアージ実施機関 日本赤十字社 支部第 救護班
診断内容 1 2 3 4 5	処置内容 1 2 3 4 5 受傷箇所裏面
血液型 判定者名 型 ()	
トリアージ区分	0 I II III





特記事項

受傷箇所



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

0
I
II
III