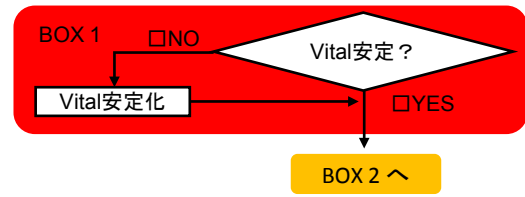


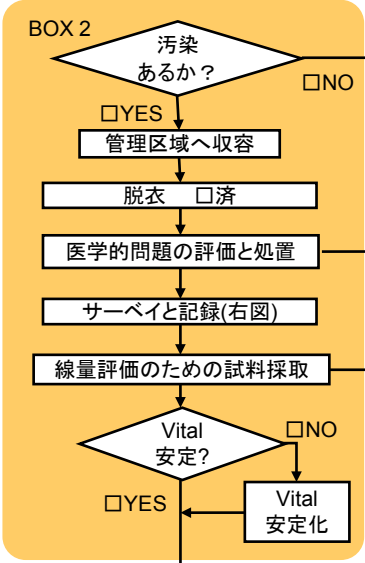
ID 受傷日時 来院日時 事故概要
 氏名 年 月 日 時 分 (男・女) 年齢 年 月 日 時 分

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**

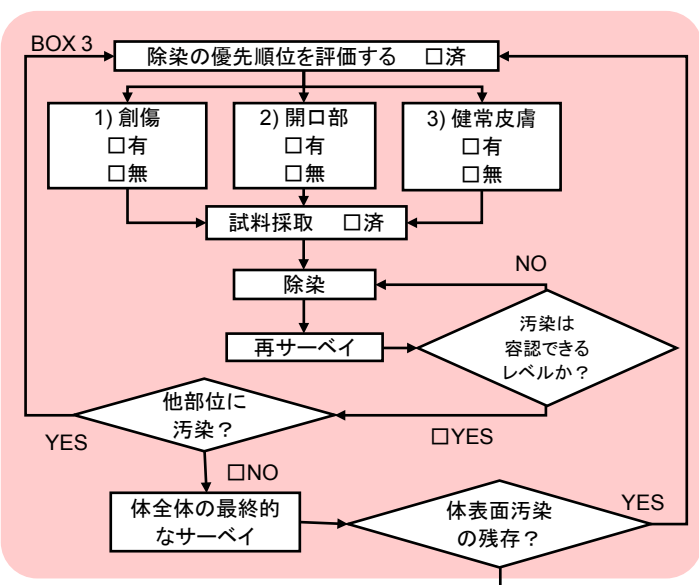


サーベイメータの種類	サーベイメータの種類	サーベイメータの種類
型式 B.G.レベル① cpm	型式 B.G.レベル μSv/h	型式 B.G.レベル
B.G.測定日時	B.G.測定日時	B.G.測定日時

②換算係数
 ③窓面積 cm²
 ④換算係数の補正值
あらかじめメーカーに問合せる



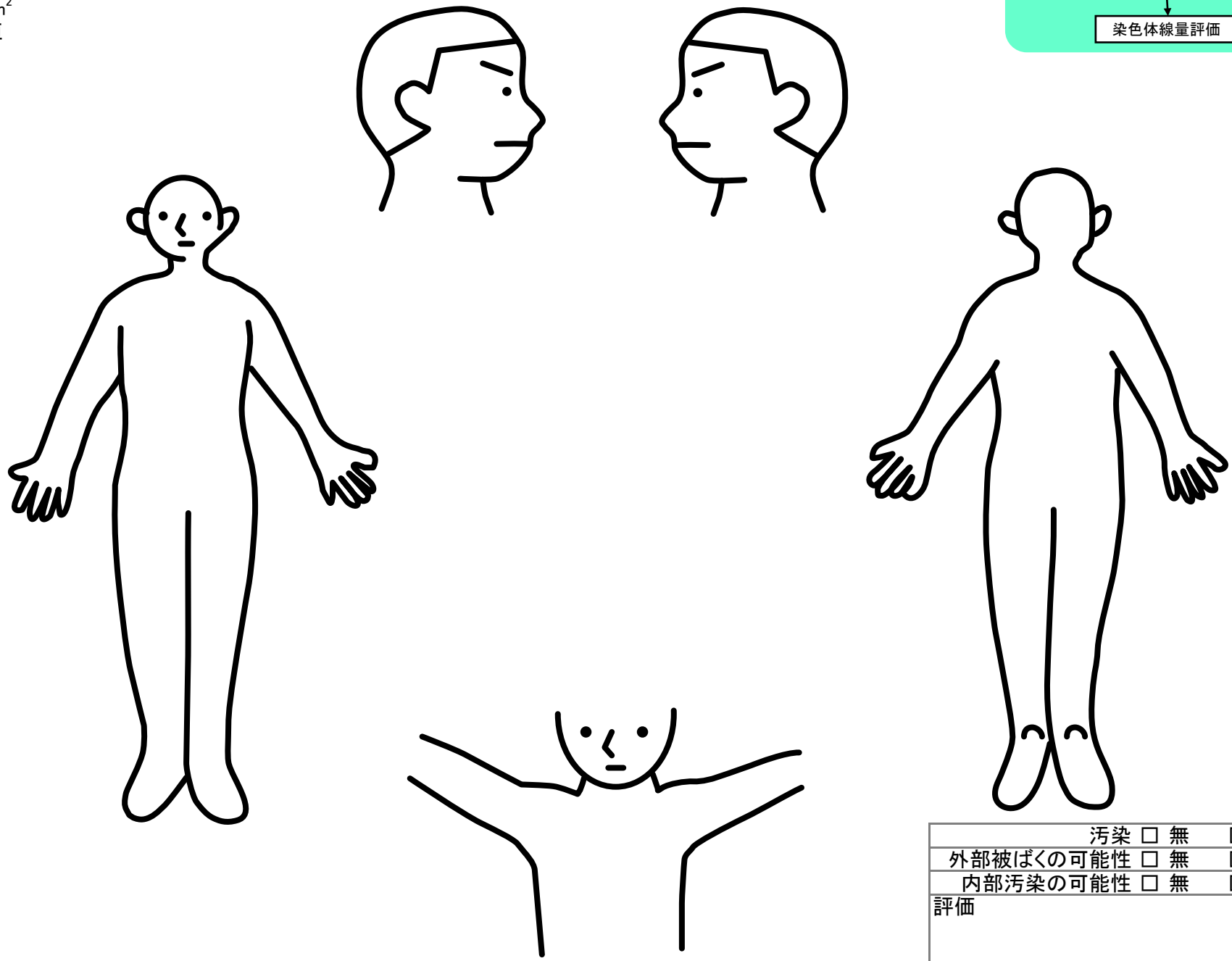
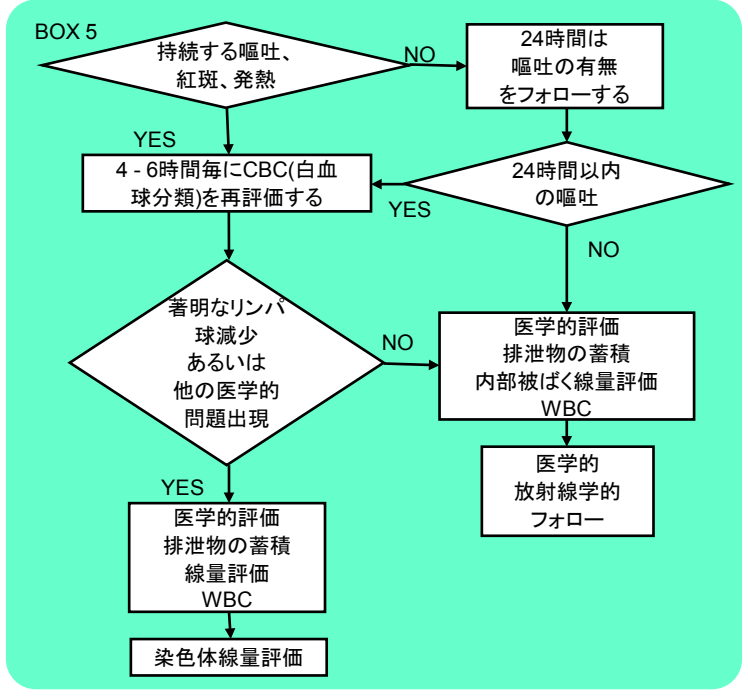
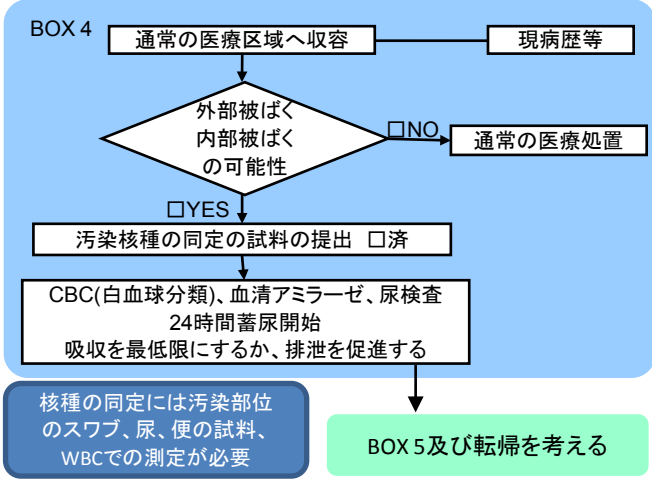
受傷後4時間以内の嘔吐
 有 → 外部被ばくの可能性あり
 無
 鼻腔スワブ 提出済
 陽性 → 内部汚染の可能性あり
 片側陽性
 陰性



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、汚染拡大防止処置済み
 汚染残存なし

体表面汚染密度(Bq/cm²) = {(計測値-①)×②×④} / ③



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		