

脳死判定チェックシート

平成 年 月 日 曜日 第 回目

作業開始時間 時 分 ~ 作業終了時間 時 分

記録開始時間 時 分 ~ 記録終了時間 時 分

所属 ID

氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

年齢 才

性別 男 ・ 女

担当医師

担当技師