

<脳死判定チェックシート>

令和 年 月 日 曜日 第 1 ・ 2 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 昭和・平成・令和 年 月 日生

年齢 歳

性別 男・女

担当医師

担当技師