

採血後の処置に関する内容詳細

(日時) 年 月 日 ()

(事業所名) _____

(班長・当事者) _____ 班 _____

(何時起こったか) ①採血前 ②採血中 ③採血後

(受診者の氏名) _____ 様

年齢 歳 性別 ()

(採血部位) ①正中 ②内側 ③外側 ④その他 ()

(受診者の症状) ①痛み ②腫れ ③痺れ
④気分不良(吐き気・嘔吐) ⑤内出血
⑥神経損傷 ⑦転倒
⑧迷走神経反射性失神
⑨その他

(医師からの指示)

(どのような対応をとったか)

健診部	企画課	渉外部	渉外部

* 確認、捺印後、健診部で回収いたします。