MULTI-CASUALTY
RECORDER WORKSHEET

Ambulance Company	Ambulance ID Number	Patient Triage Tag Number	Patient Status	Hospital Destination	Off Scene Time
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___
			(I) (D) (M)		___ : ___