

※記載された情報は搬送先の医療機関へ情報提供いたしますので、ご了承ください。

傷病者情報カード				できる範囲でかまいませんので 塗りつぶし部分を記載ください
住 所	県市町番地			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳			
ふりがな 氏 名				
治療中の病気				
通院先病院				
関係者連絡先	【氏名】	【続柄】	【連絡先】	
①主訴・症状・状態・状況		③現病歴・既往歴・内服薬・ADL		
②所見・バイタルサイン・処置 ・J C S : ・呼 吸 : 回/分 ・脈 拍 : 回/分 ・血 圧 : / mmHg ・SpO2 : % ・体 温 : °C ・心 電 図 : ・瞳 孔 : 左 (mm、+・-) 右 (mm、+・-) ・血 糖 値 : mg/dl ・処 置 :		④家族、関係者の同乗・連絡先		
【自由項目】				