

■傷病者情報シート

ふりがな		生年月日	T・S H・R	年 月 日
氏名		性別・年齢	男 ・ 女 (歳)	
現病歴 (既往症)				
病名：		病院：		
病名：		病院：		
病名：		病院：		
最終健常確認時刻	本日 ・ 昨日	時 分頃	目 撃	有り ・ 無し

※心肺停止傷病者の場合、上記情報を優先して記載してください。

住 所	／ 施設と同じ			
電話番号	— / 施設と同じ			
普段の様子	独歩可能 / 一部介護 / 全介護 / 他 ()			
発 生 状 況				
いつ? (時間)	月 日 時 分頃			
どうなったか? (経過)				
応急処置				
家 族 連 絡				
氏名		間柄		連絡先
氏名		間柄		連絡先

※可能な限り、詳細情報を記載してください。