

傷病者情報シート

●太枠内を事前に記入し、保管して到着した救急隊に渡してください。

救急車が必要な方の情報

※ 注意 傷病者に対する対応を最優先として下さい。

(ふりがな)	男	大正・昭和・平成・令和		
氏名	女	年	月	日生
住所				
	電話番号		職業	
既往症・持病				
かかりつけ病院				
服薬中の薬	お薬手帳：あり・なし（お薬手帳がない場合、服薬中の薬を記入してください。）			

■緊急連絡先(Key Person) ※家族等や詳しい事情の分かる人(事業所職員等)

①氏名		続柄		電話番号	
②氏名		続柄		電話番号	
③氏名		続柄		電話番号	

普段の生活状況(ADL) () 要介護認定()

緊急連絡先への連絡状況 連絡済 ()
未連絡 ()

★ 救急要請に至った経緯を教えてください ★

(できる範囲で記入をお願いします。記入できなければ、下記事項を到着した救急隊へ口頭で伝えて下さい。)

・ この方が訴えていること(痛い・苦しい)は何ですか？

・ いつからですか？

・ どこで何をしている時ですか？ どのような状況で発見しましたか？

※ 可能であれば、救急隊到着までにバイタル測定をお願いします。お薬手帳の準備もお願いします。

※ 搬送先医療機関に対し、傷病者に関する情報を提供する目的で利用いたします。