傷 病 者 情 報

記入日:　　施設名:

【事前記載事項】

フリガナ			性別	
氏名			男　・　女	
住所	☐　施設の住所と同じ			
生年月日	M　・　T　・　S　　年　　月　　日		年齢	歳
普段の生活状況	意思疎通	☐　良好　☐困難　☐　不可能		
	歩行	☐　自己歩行可能　☐　歩行器等を使用　☐　不可能		
	普段のバイタル	☐血圧(　　／　　)mmHg　☐SpO2(　　)%		
既往症	☐高血圧　☐心筋梗塞　☐狭心症　☐心不全			
	☐脳梗塞・脳卒中(右・左　の麻痺あり)　☐認知症　☐アレルギー			
	☐慢性閉塞性肺疾患　☐糖尿病　☐その他			
かかりつけ	(　　)病院　(　　)科　(　　)医師			

【119番通報時の記載事項】

発見時のバイタル等	意識	☐会話可能　☐言葉は発しないが意思疎通可能		
		☐意思疎通は不可能　☐意識なし		
	体温	℃	呼吸	回
	脈拍	回	血圧	／　mmHg
	SPO2	%	酸素投与	L／min
				マスク　・カニューレ
	☐　意識喪失　☐　開眼しているも発語なし　☐　ろれつが回っていない			
	☐　麻痺がある(　右　・　左　)　☐　胸痛発作　☐　呼吸困難			
	☐　腹痛　☐　頭痛　☐　嘔吐している　☐　吐血　・　下血			
	☐　外傷による出血　・　変形(部位:　　)			
その他				
同乗者氏名			(　看護師　・　職員　・　家族親族　)	