

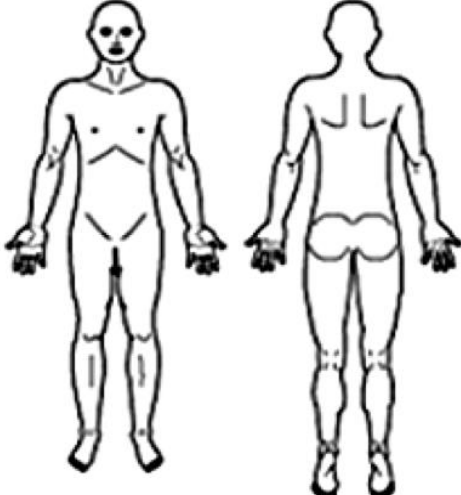
平成 年 月 日

情報連絡シート

富士五湖消防本部

※分かる範囲で記入をお願いします。

住所				
氏名			電話番号	— —
生年月日	M.T.S.H	/	/	付添者氏名
職業		年齢	歳	傷病者との関係 親 兄弟 友人 同僚 その他()
病院へ持っていく物 : 服用薬(お薬手帳・処方箋) 診察券 保険証				
掛かり付け	医師名	病院	科	貴重品 (預ったもの)

生		命		徴		候		
意識	JCS							
呼吸	回数	回/分						
呼吸	回数	回/分						
瞳孔	大きさ	正常・散瞳・縮瞳			共同偏視			
	対光反射	有り・鈍い・無し			右()左()			
血圧	/	mmHg		体温	°C			
SPO ₂	% O ₂		ℓ	⇒	%			
状況	(原因)	(訴え)	(食事)	(病歴・薬歴)	(アレルギー)			
	いつから	どこが	どのような	どの程度				
身 体 所 見								

※情報連絡シートはコピーしてお使いください