

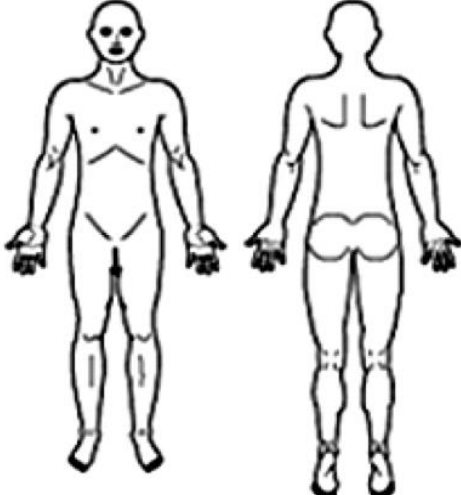
年 月 日

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	℃		
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