

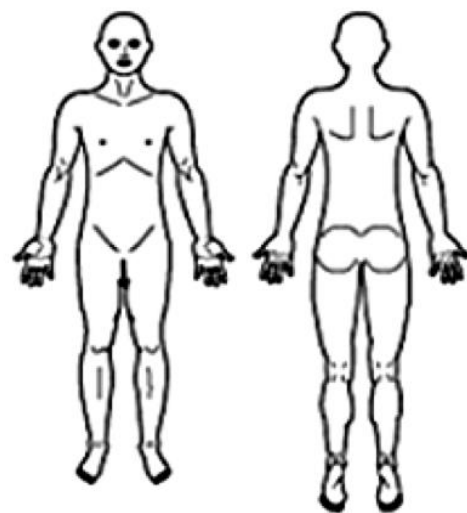
情報連絡シート

年 月 日

※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

