

【傷病者情報シート】

佐久広域連合消防本部 R7.8

ふりがな 氏 名				性別	☐ 男 ☐ 女	
生年月日		☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日 () 歳				
住 所						
傷病者の状態	いつから（何時頃から）どのように（突然・徐々に） どこが、どうしましたか？ 最終食事： 時 分 アレルギー：		A D L	要介護度	☐ 自 立 ☐ 要介護1 ☐ 要支援1 ☐ 要介護2 ☐ 要支援2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5	
				歩 行	☐ 自 力 ☐ 車椅子 ☐ 介 助 ☐ 歩行器 ☐ 不 可	
				会 話	☐ 可 能 ☐ 不可能 ☐ 頷き等	
				食 事	☐ 不 可 ☐ 介 助 ☐ 全介助	
				寝たきり	☐ 該 当 ☐ 非該当	
				認知症	☐ 有 ☐ 無	
				バイタルサイン	測定時間 時 分	
意識レベル	JCS 普段の意識レベル JCS					
呼吸回数	回／分（呼吸困難 ☐ 有 ☐ 無）					
SpO ₂	%（酸素 投与）					
脈拍数	回／分（ ☐ 整 ☐ 不整）					
血 圧	／ mmHg					
体 温	℃（ ☐ 鼓膜 ☐ 腋窩）					
家族への連絡	☐ 有 ☐ 無 氏名：		連絡先： 関係：			
救急車同乗	☐ 有 ☐ 無 氏名：		関係：			

※ 救急車を要請した場合、救急隊が到着するまでに可能な範囲で記入し、救急隊に渡してください。
未記入の部分がある場合でも、そのまま渡してください。（救急隊が再聴取することがあります）

※ お薬手帳（内服薬の分かるもの）、保険証又はマイナンバーカードの準備をお願いします。