

## 傷病者情報シート

ふりがな		生年月日	男女
氏名		明治 大正	昭和 平成
住所			
家族及び 緊急連絡先	TEL    —    —		
病歴			
服用薬	※薬剤名を具体的に記入	おくすり手帳有    無	
かかりつけ医			
ADL	自力歩行 できる    できない	会話 できる    できない	
備考			

- ・施設玄関等の開錠をして救急隊員の誘導をしてください。
- ・記入して救急隊に渡してください