

傷病者情報シート

ふりがな		生年月日	男女
氏名		明治 大正 年	昭和 平成 月 日 歳
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			