

# 1 救急隊配付用 傷病者記録票

現在月日

年 月 日

ふりがな		電話番号	-	-
氏名	男女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生(才)

住所

既往歴等	病院名	病名・診断名	救急車 同乗者	氏名	御関係	
	病院					
	病院					

その他記述欄:

事故発生場所:

観察 開始時刻	JCS 意識 レベル	RR 呼吸 回/分	HR 脈拍 回/分	BP 血圧 mmHg	BT 体温 ℃
事故 発生時刻	目撃 有・無	CPR 開始時刻	EAR 人工呼吸 実施	有・無	AED ショック 回数 回実施

※個人情報のため取り扱い注意

ふりがな			電話番号	- -		
氏名	男女		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生(才)	
住所						
既往歴等	病院名	病名・診断名	救急車 同乗者	氏名		御関係
	病院					
	病院					
その他記述欄:						
事故発生場所:						
観察 開始時刻	JCS 意識 レベル	RR 呼吸 回/分	HR 脈拍 回/分	BP 血圧 mmHg	BT 体温 ℃	
事故 発生時刻	目撃 有・無	CPR 開始時刻	EAR 人工呼吸 実施	有・無	AED ショック 回数	回実施

ふりがな			電話番号	-		-		
氏名			男女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日生(才)
住所								
既往歴等	病院名	病名・診断名		救急車 同乗者	氏名		御関係	
	病院							
	病院							
その他記述欄:								
事故発生場所:								
観察 開始時刻	JCS 意識 レベル	RR 呼吸	HR 脈拍	BP 血圧	/	BT 体温	°C	
事故 発生時刻	目撃	有・無	CPR 開始時刻	EAR 人工呼吸 実施	有・無	AED ショック 回数	回実施	