

ボランティア活動に伴う傷病者記録

No. _____

発生年月日	年 月 日(曜日)	報告者	
ふりがな			性別
疾病者氏名			男・女
生年月日	昭和・平成	年 月 日	(満 歳)
現住所	〒 電話 ()		
保護者・家族	住所 〒 氏名	本人との続柄: 電話 ()	
【原因発生状況】			
傷病(事故)の時間 時 分頃 負傷・発病			
発生場所 []			
疾病(事故)の内容、発生時の状況、原因 []			
【対応】			
搬送先医療機関 []			
【対応記録】			
VC通報	時	分頃	通報者:
救急車要請	時	分頃	通報者:
警察通報	時	分頃	通報者:
その他			
【今後の対応】			
責任者確認			印