

(参考)

No. _____

医療機関受診連絡票（宿泊施設 聞き取り用）

令和 4 年 月 日 ()		連絡受付時間		午前・午後	時	分頃
【 医療機関への搬送方法等 】 ※ 該当箇所を○で囲んでください。						
1. 救急車による搬送		午前・午後		時	分頃	
2. その他手段による救急搬送		午前・午後		時	分頃	
3. 医療機関の紹介		午前・午後		時	分頃	
宿泊施設名					連絡者 (宿泊施設)	
傷病者	ふりがな					
	氏名					
	区分	選手・監督・役員・視察員・その他 ()				
	性別	男・女	年齢 (学年)	(歳 年)	競技種目	
	都道府県・学校名(又は所属名)等					
同行者	ふりがな			同行者 連絡先		
	氏名					
事故の概要及び主要症状						
備考	(搬送先医療機関の名称等)					

【宿泊施設の皆様へ（お願い）】

- 傷病者本人及び関係者の氏名、連絡先、状況等について聞き取りをお願いします。
※ この様式の内容を参考をお願いします。
- 近隣の医療機関の紹介や、必要に応じて救急車の出動要請などの対応をお願いします。
- 関係者へ次のことをお伝えください。
 - 医療機関へ同行（付添い）すること。
 - 「保険証」を持参すること。
 - 受診後の状況及び処置結果について、「各競技の救護本部」へ連絡すること。
- 「1」で聞き取った情報について、配宿センター・会場地市実行委員会に連絡ください。
※ 連絡先については、「令和4年度全国高等学校総合体育大会 受入れの手引」p44~を参照ください。
※ 特に、救急搬送については速やかに御対応をお願いします。