

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. 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)	
受付担当者氏名 (本紙記入者)			
傷病者	ふりがな		
	氏名		
	区分	選手・監督・役員・視察員・その他 ( ) ※ 「コーチ」「トレーナー」は、監督の区分に○を付けてください。	
	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		
	氏名	同行者 連絡先	
事故の概要及び主要症状			
備考	(搬送先医療機関の名称等)		
※受診結果の連絡を受けた後の記入欄			記入者氏名
連絡受付時間 午前・午後 時 分頃			
〈傷病者の状況及び処置結果等〉			