

# 医療機関受診記録(宿泊施設用)

競技種目名( ) 宿泊施設名( )

受付No.	発生日・時刻	区分	都道府県名 競技種目	学校名(所属名) ①傷病者氏名	性別	年齢	事故の概要及び主要症状	②同行者氏名 連絡方法(携帯電話番号等)	医療機関 受診方法	備考 (搬送先医療機関名等)
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	
	月 日 午前・午後 時 分頃	選手・監督 役員・その他			男・女				<input type="checkbox"/> 救急 <input type="checkbox"/> 紹介	

～ 宿泊施設の方へ ～

- 1 救急搬送が必要な傷病者が発生した場合及び医療機関を紹介した場合に、傷病者等に聞き取り、記載してください。
- 2 傷病者の搬送又は医療機関の紹介後、本紙をもとに、救護本部へ電話連絡してください。
- 3 本紙の取り扱いに関しては、個人情報保護に十分注意してください。