

(様式第3号)

医療機関受診連絡票

チェック

本紙記入者氏名()

FAX送信済み 電話連絡済み

令和 4 年 月 日 () 受付No.

※No. は医療機関受診記録と一致させること

取扱場所	(練習会場名等)			
傷病者	区分	選手・監督・役員・補助員・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)			
事故の概要及び主要症状				
【 医療機関への搬送方法 】 ※ 該当方法を○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
備考	(搬送先医療機関名等)			

※救護本部用記入欄 記入者氏名()

練習会場等からの報告者氏名() 受診結果報告者氏名()

①傷病者氏名	②同行者等の氏名・連絡方法(携帯電話番号等)
--------	------------------------

③傷病者の状況及び受診結果等

★ 練習会場からの報告について

1 傷病者が医療機関を受診する(救急車等による救急搬送を含む)場合、「医療機関受診記録」【様式第1号②】をもとに太枠内を記入し、本紙を救護本部(高知県実行委員会)へFAX等にて報告してください。FAX等の設備がない場合は、記載内容を電話にて報告してください。

2 FAX送信後、救護本部(高知県実行委員会)に電話にて①傷病者氏名、②同行者等の氏名・連絡方法を連絡してください。

※ FAXの誤送信等による個人情報漏洩防止対策のため、FAX送信時には傷病者及び同行者の氏名等は救護本部用記入欄には記入しません。

報告先: 救護本部(高知県実行委員会)

FAX番号: 088-872-6636 電話番号: 088-821-8020

★ 救護本部における対応

3 救護本部(高知県実行委員会)は、同行者等から受診結果を聴取し、③傷病者の状況及び受診結果等を記入します。