

医療機関受診記録（宿泊施設用）

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患者氏名	性別	年齢	事故の概要及び腫瘍症状	②同行者氏名 連絡方法(携帯電話番号等)
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			

～ 宿泊施設の方へ ～

- 救急搬送患者が発生した場合（医療機関を紹介した場合も含む）、太枠内を患者関係者に記入してもらってください。（緊急の場合は、聞き取りによる代筆を行う。）
- 患者の搬送後、本紙を基に「医療機関受診連絡票」（様式第3号②）を記入し、記入後は速やかに市町実行委員会救護本部にFAXで報告してください。
（FAXがない場合は電話で伝え、救護本部で転記してもらおう。）
- 送信後、市町実行委員会救護本部に①患者氏名、②患者関係者氏名等を電話連絡で伝えてください。
- 本紙の取扱いに関しては、個人情報の保護に十分注意してください。