

(様式第3号②)

## 医療機関受診連絡票（宿泊施設用）

令和5年	月	日	( )	受付No.	※医療機関受診記録と一致させること
【 医療機関への搬送方法 】 ※該当箇所を○で囲んでください。					
1. 救急搬送				午前・午後	時 分頃
2. その他の手段による搬送（医療機関の紹介）				午前・午後	時 分頃
宿泊施設名			電話番号		
本紙記入者名（宿泊施設関係者）					
患者	区分	選手・監督・役員・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					
備考 (搬送先医療機関の名称等)					

★ 宿泊施設での事務処理 ※本紙は患者が医療機関を受診する場合に使用してください。

- 1 患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、医療機関受診記録を基に太枠内を記入し、本紙を市町実行委員会救護本部へFAX送信で提出してください。
- 2 FAX送信後、市町実行委員会救護本部に電話で①患者の名前、②関係者等の名前・連絡方法を伝えてください。また、配宿センターへも電話で連絡してください。

※ FAX等の設備がない場合は、本紙の内容を電話で伝え、救護本部で転記してもらう。

( ) 市町実行委員会救護本部  
FAX番号： 電話番号：

※ 救護本部用記入欄		記入者氏名 ( )
①患者氏名	②患者関係者の氏名・連絡方法（携帯電話番号等）	
③患者の状況及び処置結果等		

★ 市町実行委員会救護本部での事務処理

- 1 医療機関への搬送方法が救急搬送だった場合、市町実行委員会救護本部は、救護本部用記入欄は未記入のまま道実行委員会へ速やかに転送してください。
- 2 FAX送信後、宿泊施設との電話連絡により、①患者の名前と②関係者等の名前・連絡方法を記入し、①②について道実行委員会へ電話で報告してください。  
また、都道府県選手団本部へも電話で連絡してください。
- 3 市町実行委員会救護本部は、患者関係者等から受診後の処置結果について聴取し、③患者の状況及び処置結果等を記入してください。  
また、道実行委員会へ電話で報告してください。

北海道実行委員会

FAX : 011-232-1296 TEL : 011-206-6834