

(様式第3号②)

## 医療機関受診連絡票 (宿泊施設用)

令和6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) ※救急搬送の場合は未記入

★ 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 (様式第1号③) を基に太枠内を記入してください。
- 2 患者の搬送後、本紙を速やかに救護本部にFAX等で提出してください。  
(FAX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おう。)
- 3 FAX等で提出後、救護本部に①患者の氏名、②患者関係者等の氏名・連絡方法を電話で伝えてください。  
( ) 市町実行委員会救護本部 FAX : TEL :

※ 救護本部用記入欄	記入者氏名 ( )
①患者の氏名	②患者関係者等の氏名・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 FAX送信後、練習会場との電話連絡により、①患者の氏名と②患者関係者等の氏名・連絡方法を記入し、救急搬送した場合のみ①②について県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。
- 2 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、救急搬送した場合のみ、県実行委員会へ電話で報告してください。

福岡県実行委員会

FAX : 092-641-5661

TEL : 092-641-5655