

## 医療機関受診連絡票（宿泊施設聞き取り用）

宿泊施設名			
連絡者氏名 (宿泊施設)			
発生日時	月	日	【 午前・午後 】 時 分頃
傷病者	氏名(ふりがな)		
	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)等		
	事故の概要 及び症状等		
医療機関への 搬送方法等	①救急車による搬送 ・ ②その他手段による救急搬送 ・ ③医療機関の紹介		
同行者	氏名(ふりがな)		
	連絡先		