

医療機関受診連絡票（宿泊施設用）

令和 6 年 月 日 ()		連絡受付時間		午前・午後	時	分頃
【 医療機関への搬送方法等 】 ※ 該当箇所を○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		
宿泊施設名					連絡者 (宿泊施設)	
受付担当者氏名 (本紙記入者)						
傷病者	ふりがな					
	氏名					
	区分	選手・監督・役員・視察員・その他 () ※ 「コーチ」「トレーナー」は、監督の区分に○を付けてください。				
	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					
同行者	ふりがな			同行者 連絡先		
	氏名					
事故の概要及び主要症状						
備考	(搬送先医療機関の名称等)					

※受診結果の連絡を受けた後の記入欄				記入者氏名		
連絡受付時間		午前・午後	時	分頃		
〈傷病者の状況及び処置結果等〉						

★救護本部(市町実行委員会)における対応

- 1 宿泊施設から報告を受けた後、本紙に情報を整理し、県実行委員会へ報告を行う。
※FAXやメール等での誤送信による個人情報漏洩が起らないよう、使用する場合はパスワード付きにするなど適切な対策を講じること。

県実行委員会 電話番号:097-506-5653 FAX番号:097-506-1812
E-mail:a31600@pref.oita.lg.jp

- 2 選手・監督が救急搬送された場合等、傷病者の状況によっては該当の都道府県選手団本部へ連絡をとる。