令和　　年11月　　日

愛媛県高等学校総合文化祭実行委員会　宛て

　（TEL：089-922-8931　　FAX：089-923-3703）

部　門　名：

報告者氏名：

　下記の者が医療機関において、診療を受けましたので報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 傷病区分（○を付ける） | 参加生徒・引率教員・運営生徒運営教員・その他 |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日　生　 |
|  |  | 男　　　　　女 |
|  | 　　　　　　　　年（次） |
|  |  | 電話(　　　)　　　- |
|  |  | 電話(　　　)　　　- |
|  |  |
| 医 療 機 関 名 |  | 電話(　　　)　　　- |
| 健 康 保 険 証 | 有　・　無 | その他特記事項 |  |
| 受 診 日 時 | 令和　　年　　月　　日午前・午後　　　時　　　分 | 傷病発生場所／救急搬送の有無 |  会場・その他（　　　　　） 救急搬送・それ以外　　　　　 　（　　　　　） |
| 受 診 結 果 |  |
| その他特記事項 |  |

《記入上の注意》

　① 症状はできるだけ詳しく記入してください。

　② 実行委員会が当該傷病者の個人情報を収集することは、参加時に了承済みです。

【会場からの救急搬送、医療機関等への移送の場合】

　① 引率者は「受診報告書」を部門責任者又は愛媛県高文連ホームページからダウンロードしてください。

　② 引率者は医療機関受診後、「受診報告書」に必要事項を記入し、会場に戻った際に部門責任者に提出

してください。直接自宅等に帰った場合は、大会本部へメール又はFaxで提出してください。（後日

提出でも可）

　※部門大会全日程終了後、部門責任者は「救護等記録用紙」を大会本部まで提出してください。