

実線で囲んだ部分は本人が記載してください。

第●回全日本大学バスケットボール選手権大会

日付 _____ 選手 スタッフ 観客 初診 再診
(_____ 回目)

| | | | |
|-------|-----------|------|---|
| 氏名 | | 生年月日 | ____ / ____ / ____ (____ 歳) |
| | 大学 年 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| ポジション | | 背番号 | |

主訴: _____

診断名: _____

経過概要・所見

処置内容 (使用薬品・物品 使用数など)

病院受診の要否

あり (紹介先病院名: _____)

なし

| | | |
|-------|-------------------------------|-------------|
| 救護担当者 | <input type="checkbox"/> 医師 | 自筆署名 (捺印不要) |
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | |
| | <input type="checkbox"/> 救命士 | |