

日付 (Date) 年(Y)/ 月(M) / 日(D)
診察時間 (Time) AM/PM :

救護記録 (Medical record)

大会名 (Competition name) :

☐ 選手 (Athlete) ☐ スタッフ (Staff) ☐ 観客 (Spectator) ☐ 初診 (First) ☐ 再診 (Re-examination) (回目 [times])

所属・チーム* (Affiliation/Team)	年 (Y)	月 (M)	日 (D)
名前* (Name)	生年月日 (Date of birth) (Age: y)		
学年 (Grade)	性別 (Sex)	<input type="checkbox"/> 男性 (M)	<input type="checkbox"/> 女性 (F)
背番号* (Uniform number)			

主訴
(Chief Complaints)

チームDr/Tr対応のみ ☐
(Only available with team Dr/Tr)
*項目のみ御記載ください
(Fulfill astarisk)

経過概要・所見*
(History & Physical exam)

診断名* (Diagnosis suspected) :

処置/処方 (使用薬剤・物品 使用数など/処方内容・用法用量など)
(Treatment/Prescription)

競技・練習復帰* ☐ 可 (Yes) ☐ 不可 (No)
病院紹介 ☐ なし (No) ☐ あり (Yes)

救急搬送 (Emergency) 同日受診紹介 (Walk-in today) 後日受診指示 (Walk-in later)
(病院名:)

担当医師/歯科医師/看護師/救急救命士
(Doctor/Dentist/Ns/EMT)