

JBA バasketボール U18 関東ブロックリーグ 2021 シーズン 問診票(緊急時連絡カード)

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

緊急時、このカードに記載されている情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

●本人情報

| | | | | | |
|--------------|--|-------|-----------------------------|----|----|
| ふりがな | | 性別 | 血液型 | | |
| 氏名 | | 男 ・ 女 | A ・ B ・ O ・ AB 型 (RH+/-) | | |
| 生年月日 (西暦) | | 身長 | cm | 体重 | kg |

●医療情報

| | |
|--|---|
| 運動中、運動後にこれらの症状を 起こしたことがあれば、「○」印 をつけてください | 失神 ・ 意識障害 ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ 脈の不整 動悸 ・ めまい ・ 痙攣 |
| 食物アレルギー | 無 ・ 有 (食物名: _____) |
| 薬アレルギー | 無 ・ 有 (薬名: _____) |
| 常用している薬 | 無 ・ 有 (薬名: _____) |
| 現在治療中のケガや病気 | 無 ・ 有 (傷病名: _____) |
| 糖尿病の治療中、もしくは 過去に指摘がある。 | 無 ・ 有 |
| 高血圧の治療中、もしくは 過去に指摘がある。 | 無 ・ 有 |
| 喘息の治療中、もしくは 治療歴がある。 | 無 ・ 有 |
| 今までにかかった病気やケガ | 無 ・ 有 (傷病名: _____) |
| 手術をしたことはありますか？ | 無 ・ 有 (傷病名: _____) |
| その他伝えたい事 | 無 ・ 有 |

●緊急連絡先

| 氏名 | 電話 | 住所 | 本人との関係 |
|----|----|----|--------|
| | | | |
| | | | |