

各都道府県専門委員長 各位

参加校顧問 各位

個人医療情報の提出について

謹啓 各地の予選を勝ち上がり、沖縄で開催されます南部九州総体への御出場おめでとうございます。

実行委員会も調整先が多くある中ですが、皆様をお迎えできるよう、準備を進めております。トラック、ロードそれぞれの「テクニカルガイド」も現在、確認中ですので、近日中には、全国高体連専門部 HP をとおして配信を予定しています。

その前に、お願いですが、救急時における医療関係との円滑なやりとりのため、選手の個人医療情報の提出をお願い致します。

また、ロードとトラックの競技の運営上の違いから、トラック、ロードそれぞれの様式での提出をお願いすることになりました。ロード、トラック両競技に出場する選手は2枚の提出になります。理由は、ロードは、コースが広範囲に渡るため、各管轄での連携や、救急時の状況が多様であり、より明確に迅速に伝達する必要があります。トラックは、ご存知のとおり、救急時の場所や救護所が限定されています。

是非、万が一の際、迅速な対応が可能になるよう、御理解、ご協力をお願い致します。

未提出の際には、救護班（ドクター）の判断により、出走を取り消す判断を下します。予備登録選手及び補欠起用の可能性も考え、そちらの選手の分もご準備してください。変更の場合には、規定の申請の前に、合わせて、ご提出下さい。

蛇足にはなりますが、提出分以外でも、引率監督・チームサポートは、このデータをお持ち頂く方が、大会実行委員会対応以外でも有効かと考えます。また、合わせて遠隔地での競技会でありますため、普段から遠征時お持ちかと思いますが、学校保険の各種様式（医療機関記入等）を持参されることで、事後の手続きもスムーズかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

謹白

記

1. 提出書類
(ア)【ロード参加選手】選手医療情報票
(イ)【トラック参加選手】個人医療情報及び救護記録票
各 ID でも管理しますので、ID 記入も間違えないようにお願いします。
2. 提出期日
大会参加 選手・監督受付時：令和元年7月29日（月）9：00-9：50 名護市民会館

※予備登録選手及び補欠選手との入れ替えの際には、その選手の医療情報も提出下さい。

3. トラック公式練習時

選手・監督受付前に、トラックは公式練習があります。練習日にも、競技場には、医師が帯同いたします。救急時にも、対応できますよう、引率監督は、練習時にも、書類を携行下さい。

4. 様式

ロード選手用 選手医療情報票	トラック選手用 個人医療情報兼救護記録票																																																																																																																																																																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">選手医療情報票 (ロードレース出場者のみ)</p> <p style="color: red; margin: 5px 0;">※7/29選手監督受付時に提出して下さい。</p> <p style="font-size: small; margin: 0;">(※受付後の選手変更の場合は、8/1計測チップ配布場所へ提出して下さい)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 30%;">フリガナ</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;">ゼッケンNo.</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>選手氏名</td> <td></td> <td>性別</td> <td></td> <td>年齢</td> <td>歳</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>平成 年 月 日</td> <td colspan="2" style="text-align: center; font-size: x-x-small;">(2019年8月2日現在)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>学校名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td>引率責任者</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>引率責任者</td> <td></td> <td>緊急連絡先</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>選手住所</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>選手保護者</td> <td>①</td> <td>続柄</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>緊急連絡先</td> <td>②</td> <td>続柄</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="margin: 5px 0;">選手医療情報</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 20%;">血液型</td> <td>O ・ A ・ B ・ AB RH (+ ・ -)</td> </tr> <tr> <td>アレルギー</td> <td>有 ・ 無 ・ 不明 ()</td> </tr> <tr> <td>病歴等</td> <td>現在治療中の病気・ケガ 感染症 (無 ・ 有 ・ 不明 病名)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>既往歴</td> </tr> <tr> <td>常用服用薬</td> <td>(点滴・注射等があれば内容を記載)</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-x-small; margin: 5px 0;">記載していただいた事項は、救急業務以外には使用しません。 名護市実行委員会<2019.07></p> </div>	フリガナ		ゼッケンNo.				選手氏名		性別		年齢	歳	生年月日	平成 年 月 日	(2019年8月2日現在)				学校名						フリガナ		引率責任者				引率責任者		緊急連絡先				選手住所						選手保護者	①	続柄				緊急連絡先	②	続柄				血液型	O ・ A ・ B ・ AB RH (+ ・ -)	アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明 ()	病歴等	現在治療中の病気・ケガ 感染症 (無 ・ 有 ・ 不明 病名)		既往歴	常用服用薬	(点滴・注射等があれば内容を記載)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0; font-size: x-small;">令和元年全国高等学校総合体育大会(自転車トラック) 個人医療情報兼救護記録票</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td colspan="2">【選手基本情報】 ※このほかトラック競技の参加票が必要です。</td> <td>トラックID No.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 選手氏名</td> <td></td> <td>高校名</td> <td>年</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>都道府県</td> <td>市区郡</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>平成 年 月 日</td> <td>満 歳</td> <td>性別 <input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>— —</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>固定電話 ・ <input type="checkbox"/>携帯電話</td> </tr> <tr> <td>保険種類</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>国保 <input type="checkbox"/>健保組合 <input type="checkbox"/>協会けんぽ <input type="checkbox"/>共済組合</td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">既往歴 (これまでの大きな病気やアレルギー、禁忌など)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>特になし</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>下記の既往歴あり</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">常用服用薬 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">薬品名:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">【保護者緊急連絡先】</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 保護者氏名</td> <td></td> <td>選手との続柄:</td> <td><input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>— —</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/>固定電話 ・ <input type="checkbox"/>携帯電話</td> </tr> <tr> <td colspan="4">【指導者緊急連絡先】</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 引率者氏名</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>携帯電話番号</td> <td>— —</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">●救急搬送時に必要な基本情報です。緊急時以外にも、大会期間中は、引率ご自身もお持ちください。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">無人マダグについては、日程日の遠征に必要な範囲内で保存期間を定めるよう努め、当該保存期間経過後又は日程日の遠征後、速やかに廃棄処分いたします。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">..... ※以下記載不要です。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">《救護記録》</td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="3">外科的疾患(骨折・脱臼・打撲・捻挫・筋肉痛・関節痛・内臓外傷・昏倒・脱臼・その他)</td> </tr> <tr> <td>または 症状等</td> <td colspan="3">内科的疾患(他中絶・頭痛・吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・発熱・風邪・脳震盪・その他)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">医療機関への搬送の有・無</td> <td colspan="2">救急車 ・ その他の手段 ・ 無</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; font-size: x-x-small;">(公財)全国高等学校体育連盟 自転車競技専門部</td> </tr> </table></div>	【選手基本情報】 ※このほかトラック競技の参加票が必要です。		トラックID No.		(フリガナ) 選手氏名		高校名	年	住所	都道府県	市区郡		生年月日	平成 年 月 日	満 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 固定電話 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話		保険種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合			記号番号				既往歴 (これまでの大きな病気やアレルギー、禁忌など)				<input type="checkbox"/> 特になし		<input type="checkbox"/> 下記の既往歴あり				常用服用薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				薬品名:		【保護者緊急連絡先】				(フリガナ) 保護者氏名		選手との続柄:	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 固定電話 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話		【指導者緊急連絡先】				(フリガナ) 引率者氏名				携帯電話番号	— —			●救急搬送時に必要な基本情報です。緊急時以外にも、大会期間中は、引率ご自身もお持ちください。				無人マダグについては、日程日の遠征に必要な範囲内で保存期間を定めるよう努め、当該保存期間経過後又は日程日の遠征後、速やかに廃棄処分いたします。			 ※以下記載不要です。				《救護記録》				傷病名	外科的疾患(骨折・脱臼・打撲・捻挫・筋肉痛・関節痛・内臓外傷・昏倒・脱臼・その他)			または 症状等	内科的疾患(他中絶・頭痛・吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・発熱・風邪・脳震盪・その他)			医療機関への搬送の有・無		救急車 ・ その他の手段 ・ 無		(公財)全国高等学校体育連盟 自転車競技専門部			
フリガナ		ゼッケンNo.																																																																																																																																																																			
選手氏名		性別		年齢	歳																																																																																																																																																																
生年月日	平成 年 月 日	(2019年8月2日現在)																																																																																																																																																																			
学校名																																																																																																																																																																					
フリガナ		引率責任者																																																																																																																																																																			
引率責任者		緊急連絡先																																																																																																																																																																			
選手住所																																																																																																																																																																					
選手保護者	①	続柄																																																																																																																																																																			
緊急連絡先	②	続柄																																																																																																																																																																			
血液型	O ・ A ・ B ・ AB RH (+ ・ -)																																																																																																																																																																				
アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明 ()																																																																																																																																																																				
病歴等	現在治療中の病気・ケガ 感染症 (無 ・ 有 ・ 不明 病名)																																																																																																																																																																				
	既往歴																																																																																																																																																																				
常用服用薬	(点滴・注射等があれば内容を記載)																																																																																																																																																																				
【選手基本情報】 ※このほかトラック競技の参加票が必要です。		トラックID No.																																																																																																																																																																			
(フリガナ) 選手氏名		高校名	年																																																																																																																																																																		
住所	都道府県	市区郡																																																																																																																																																																			
生年月日	平成 年 月 日	満 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																																																																																																																																																		
電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 固定電話 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話																																																																																																																																																																			
保険種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済組合																																																																																																																																																																				
記号番号																																																																																																																																																																					
既往歴 (これまでの大きな病気やアレルギー、禁忌など)																																																																																																																																																																					
<input type="checkbox"/> 特になし		<input type="checkbox"/> 下記の既往歴あり																																																																																																																																																																			
		常用服用薬 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																																																																																																																																																																			
		薬品名:																																																																																																																																																																			
【保護者緊急連絡先】																																																																																																																																																																					
(フリガナ) 保護者氏名		選手との続柄:	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母																																																																																																																																																																		
電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 固定電話 ・ <input type="checkbox"/> 携帯電話																																																																																																																																																																			
【指導者緊急連絡先】																																																																																																																																																																					
(フリガナ) 引率者氏名																																																																																																																																																																					
携帯電話番号	— —																																																																																																																																																																				
●救急搬送時に必要な基本情報です。緊急時以外にも、大会期間中は、引率ご自身もお持ちください。																																																																																																																																																																					
無人マダグについては、日程日の遠征に必要な範囲内で保存期間を定めるよう努め、当該保存期間経過後又は日程日の遠征後、速やかに廃棄処分いたします。																																																																																																																																																																					
..... ※以下記載不要です。																																																																																																																																																																					
《救護記録》																																																																																																																																																																					
傷病名	外科的疾患(骨折・脱臼・打撲・捻挫・筋肉痛・関節痛・内臓外傷・昏倒・脱臼・その他)																																																																																																																																																																				
または 症状等	内科的疾患(他中絶・頭痛・吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・発熱・風邪・脳震盪・その他)																																																																																																																																																																				
医療機関への搬送の有・無		救急車 ・ その他の手段 ・ 無																																																																																																																																																																			
(公財)全国高等学校体育連盟 自転車競技専門部																																																																																																																																																																					



沖縄県高体連自転車競技
 専門委員長 島田 芳之
 e-mail shimaday@open.ed.jp
 全国高等学校総合体育大会 北中城村実行委員会
 〒901-2303 沖縄県中頭郡北中城村字仲順4 3 5 番地
 T E L 098-935-5401 F A X 098-935-5144