

**選手医療情報票（ロードレース出場者のみ）**

**※7/29選手監督受付時に提出して下さい。**

**（※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）**

フリガナ		ゼッケンNo.	
選手氏名		性別	
生年月日	平成 年 月 日	年齢 (2019年8月2日現在)	歳
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	

**選手医療情報**

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)

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>