入院患者発生速報

第2号様式

午前

平成　　年　　月　　日（　　）　　　　　　時　　　分

 午後

市町委員会名：

競技会場名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 競技名：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 | 報告者氏名 |  |
| 患者 | 氏　名 | 男　・　年　 月　 日生 　 女　 | 参 加 区 分 | 選手　・　監督役員　・　観客その他(　　　　　) |
| 都道府県名 |  | 競 技 種 目 |  |
| 宿 舎 名 |  |
| 発 生 時 間 | 午前月　　日（　　　） 　　　 時 　分午後 |
| 発 生 場 所 |  |
| 　発　生　原　因および 状 況 |  |
| 症 状 |  |
| 競 技 参 加 の支 障 の 有 無 |  |
| 入院先医療機関名 |  |
| 使 用 医 薬 品 |  |
| 備　 　考 |  |

※入院患者が発生した場合は、下記に電話でご一報いただくとともにこの様式をFAXしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 時刻 | 電話 | FAX |
| 9/29、10/9,13,15 | ７～19時 | 0776-XX-XXXX | 0776-XX-XXXX |
| 上記以外 | 090-XXXX-XXXX | 0776-XX-XXXX |
| 上記以外 | ７～19時 | 0776-XX-XXXX | 0776-XX-XXXX |
| 上記以外 | 090-XXXX-XXXX | 0776-XX-XXXX |