令和５年度　U-16　兵庫県育成センター
問診票（緊急連絡カード）

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：　　）
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？	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