

令和5年度全国高等学校総合体育大会 北海道医療救護対策要項

1 目的

令和5年度全国高等学校総合体育大会（以下「大会」という。）の開催に当たり、令和5年度全国高等学校総合体育大会北海道保健医療対策基本方針に基づき、大会に参加する都道府県の本部役員、選手、監督、大会役員、競技・運営役員、競技・運営補助生徒、視察員、報道関係者等（以下「大会参加者」という。）及び一般観覧者の医療救護対策に万全な体制を確立するため、必要な事項を定めるものとする。

2 実施機関

令和5年度全国高等学校総合体育大会北海道実行委員会（以下「道実行委員会」という。）及び令和5年度全国高等学校総合体育大会会場地市町実行委員会（以下「市町実行委員会」という。）は、相互に連絡調整を図り、関係機関・団体の協力を得て医療救護対策を行う。

3 業務の分担

(1) 道実行委員会

- ア 総合開会式会場及びその周辺における医療救護対策
- イ 医療救護対策に関する機関・団体との連絡調整

(2) 市町実行委員会

競技種目別大会開・閉会式会場、競技会場及び練習会場における医療救護対策

4 業務の実施体制

(1) 救護本部

- ア 道実行委員会及び市町実行委員会は、事務局等に救護本部を設置する。
- イ 救護本部は、医療機関を受診する患者が発生した場合、速やかに患者の状況や処置結果等の把握を行うとともに、都道府県選手団本部等の関係者に連絡する。
- ウ 救護本部の構成は、事務局職員等とする。

(2) 救護所

- ア 道実行委員会及び市町実行委員会は、それぞれ担当する会場等の必要な場所に、必要な期間、救護所を設置する。
- イ 救護所では応急処置を行うものとし、必要に応じて搬送の手配を行う。
- ウ 救護所の構成は、原則として医師、看護師、運営役員及び補助生徒とする。

(3) 移動救護班

- ア 道実行委員会及び市町実行委員会は、設置した救護所に、必要に応じて移動救護班を編成する。
- イ 移動救護班は、担当区域内を巡回し、患者の早期発見や救護所等への案内及び移送を行う。
- ウ 移動救護班の構成は、係員及び補助生徒とする。

5 宿泊施設における医療救護対策

- (1) 道実行委員会及び市町実行委員会は、夜間及び休日等診療時間以外の救急体制について、配宿センター及び宿泊施設管理者に明確に示す。
- (2) 宿泊施設滞在中に発病した患者の処置については、宿泊施設管理者が医療機関に連絡し、状況に応じて対処する。また、宿泊施設管理者は、患者の状況等を市町実行委員会を通じて、道実行委員会へ報告する。

6 医薬品及び医療用具等

- (1) 道実行委員会及び市町実行委員会は、医薬品その他必要な医療用具等を競技種目、参加人数等に応じて救護所に配備する。
- (2) 医薬品及び医療用具等の管理・配布は、救護本部が行う。

7 医療費の負担区分

道実行委員会及び市町実行委員会が負担する経費は、救護所が行う措置に要する経費とし、病院等での医療費については受診者の負担とする。

8 その他

その他必要な事項は、その都度別途定めるものとする。

令和5年度全国高等学校総合体育大会 総合開会式医療救護実施要領

この要領は、令和5年度全国高等学校総合体育大会北海道医療救護対策要項に基づき、総合開会式会場（以下「会場」という。）の医療救護の実施について必要な事項を定めるものとする。

1 組織の編成

会場の医療救護に係る組織を編成し、救護本部、救護所及び移動救護を設置する。
なお、組織編成及び担当員の配置については別に定める。

2 設置場所・期間及び開設時間

(1) 設置場所

北海道立総合体育センター

(2) 設置期間及び開設時間

設置期間は令和5年7月22日（土）とし、開設時間は別に定める。

3 配備物等

(1) 救護本部

- ア 大会参加者名簿等必要書類
- イ 電話機・無線機等通信機器
- ウ 医療救護に係る記録・報告用紙
- エ 医療救護に係る連絡先一覧
- オ その他必要な物品

(2) 救護所

- ア 大会参加者名簿等必要書類
- イ 電話機・無線機等通信機器
- ウ 医療救護に係る記録・報告用紙
- エ 医薬品、医療器具
- オ 医療救護に係る連絡先一覧
- カ その他必要な物品

(3) 移動救護（必要に応じて設置）

- ア 電話機・無線機等通信機器
- イ 搬送器具
- ウ その他必要な物品

4 各部署の業務内容

(1) 救護本部

- ア 会場の医療救護業務の総括及び連絡調整
- イ 救護所への医薬品、医療器具等の配付及び回収
- ウ 医療機関受診患者の状況把握
- エ 救護記録等の整理及び集計

(2) 救護所

- ア 患者の一時収容及び応急処置
- イ 医療救護に係る救護記録等の作成と救護本部への提出
- ウ 救急搬送に伴う救急車の出勤要請
- エ 医療機関を受診する患者への災害共済給付金の請求に係る申請書類の交付
- オ 救急搬送時における患者関係者への同行及び事後連絡の依頼

(3) 移動救護

患者の早期発見、救護所への連絡、移送及び案内

5 患者が発生した場合の手順（図1参照）

(1) 移動救護

患者を早期発見し、救護所へ連絡、移送等を行う。

(2) 救護所

ア 救護所における処置及び記録について

- (ア) 収容した全患者を救護記録（様式第1号）に記録する。
- (イ) 患者に対して医師の指示による処置を行った場合は救護台帳（様式第2号）に記録する。

イ 医療機関の受診

- (ア) 医師の判断及び患者の意思により医療機関を受診する場合は、下記の手順を行う。
 - a 受入れ医療機関を紹介する。
 - b 患者関係者に、医療機関への同行並びに受診後の状況及び処置結果等について、救護本部へ連絡するよう依頼する。（（様式第5号）を配布）
 - c 救護台帳（様式第2号）の「患者が医療機関を受診する場合の記入欄（救急搬送を含む）」を記入し、速やかに救護本部へ提出する。
 - d 患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金に係る申請書類」（別紙3(1)(3)(7)）を交付する。
- (イ) 救急搬送をする場合は、救急車の出勤要請及び患者関係者の救急車同乗依頼を行い、上記（ア）の手順（aを除く）も併せて行う。
 - ※ 選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県選手団本部（都道府県高体連本部役員）への連絡も併せて依頼する。（（様式第5号）に連絡先を記入。）

(3) 救護本部

救急搬送患者の受診後の状況について、関係者又は患者本人から聴取し、当該患者の救護台帳の「救護本部用記入欄」に記録する。

- ※ 連絡がない場合は、救護本部係員が関係者等へ連絡する。
- ※ 上記（2）のイ注意書きのとおり交付されたか確認し、交付されていない場合は、宿泊施設で受け取り、医療機関へ持参するよう依頼する。

6 業務の記録、報告及び集計

(1) 救護所

当日の業務終了後、次の書類を救護本部に提出する。

ア 救護記録（様式第1号）

イ 救護台帳（様式第2号）

※ 医療機関を受診する患者の救護台帳については、患者が救護所を退出した後、速やかに救護本部へ提出すること。

ウ 取扱患者一覧表（救護所用）（様式第3号）

(2) 救護本部

救護所より提出のあった救護記録（様式第1号）、救護台帳（様式第2号）及び取扱患者一覧表（救護所用）（様式第3号）を取りまとめ、総合開会式取扱患者一覧表（様式第4号）（救護本部用）を作成する。

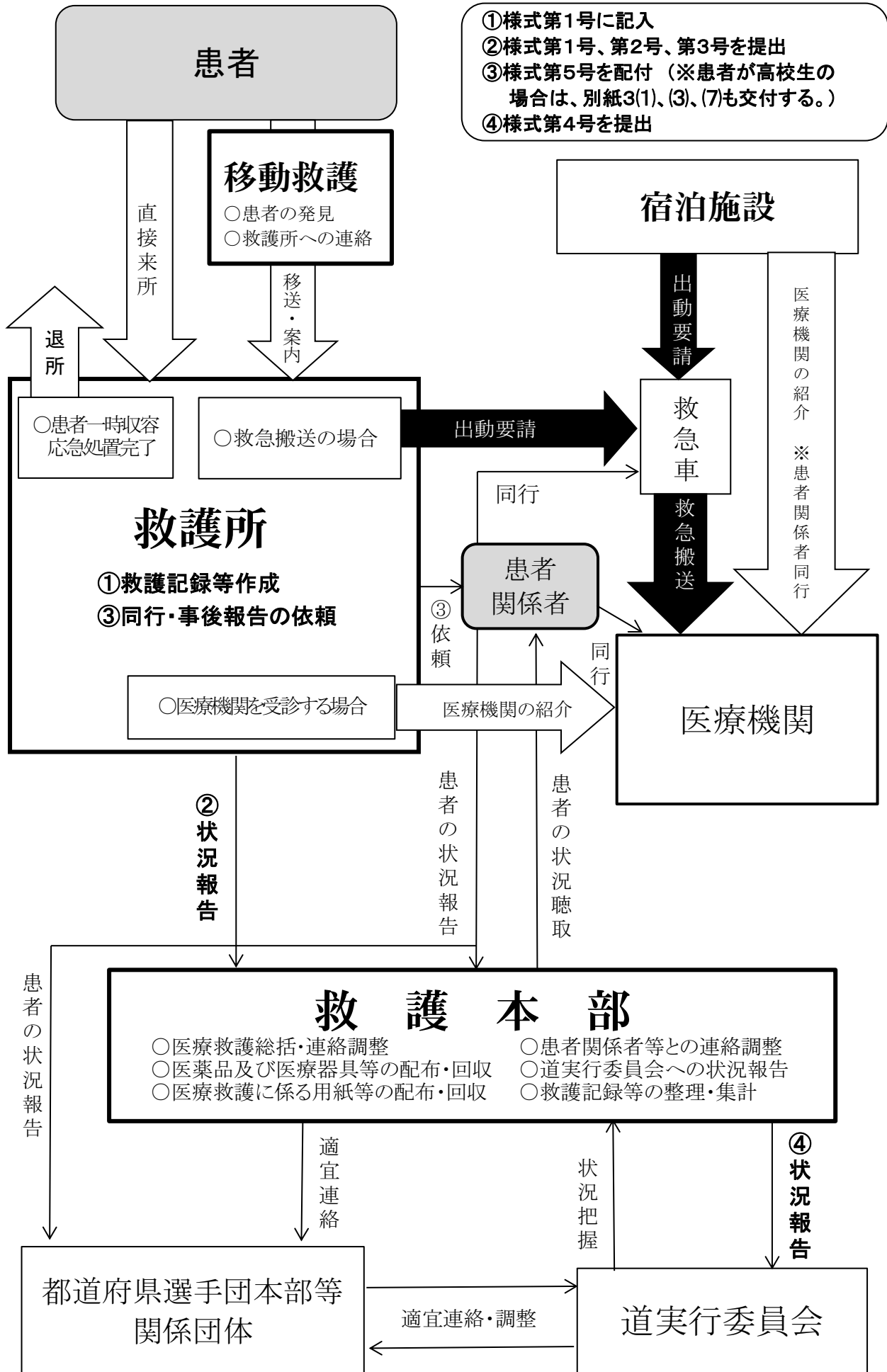
7 医療救護業務従事者の心得

- (1) 患者に対しては親切かつ迅速な対応に努める。
- (2) 救護所内の環境衛生には常に気を配り、患者が十分休養できるよう努める。
- (3) 患者のプライバシー保護及び守秘義務について十分留意する。
- (4) 救護所関係書類の保管及び関係機関等との連絡においては、個人情報保護に十分注意する。

8 その他

担当員の業務要領等、会場の医療救護の実施について必要な事項は別に定める。

(図1) 患者が発生した場合の手順



救 護 記 録

令和5年 月 日 () () 救護所 会場名 ()

受付 No.	区 分	都道府県名	学 校 名 (所 属 名) 氏 名	性 別	年 齢	来 所 時 刻 退 所 時 刻	症状及び疾病名 事故の概要等	処 置	備考 (搬送先等)
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			

※ 区分の欄は選手・監督・役員・補助員・出演者・その他の区分を○で囲む。

(様式第2号)

救 護 台 帳

本紙記入者名 ()

傷病発生時間	令和5年 月 日 () 午前・午後 :			受付No.
取扱場所	会場名:		競技種目:	
	救護所名:			
患 者	区 分	選手・監督・役員・補助員・出演者・その他 ()		
	ふりがな		性別	男・女
	氏 名		年齢 学年	(歳 年)
	都道府県	所属校(勤務先)名		所属(勤務)先TEL
	競技種目	※一般観覧者の場合の住所等連絡先		
症状訴え等				
傷 病 名	外科的疾患(擦過傷・切傷・打撲・捻挫・筋肉痛・肉離れ・関節痛・骨折・脱臼・その他)			
	内科的疾患(熱中症・頭痛・吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・発熱・風邪・めまい・その他)			
	歯科			
処置概要 症状訴え等				
診療医師氏名	医療機関への搬送手段(救急車・その他の手段)・無			
患者が医療機関を受診する場合の記入欄(救急搬送を含む)				
ふりがな 患者関係者氏名		患者関係者の 電話番号等		
救 護 本 部 記 入 欄	搬送先医療機関名		所在地・TEL等	
	患者の状況及び処置結果等			

※ 受付No.の欄には、救護記録(様式第1号)のNo.と一致させてください。

※ 太枠は原則として医師が(あるいは医師の指示により)記入してください。

※ 患者が医療機関を受診する場合、「患者が医療機関を受診する場合の記入欄」を記入してください。

※ 患者の退所後、本紙を速やかに救護本部へ提出してください。

(様式第3号)

取扱患者一覧表 (救護所用)

令和5年 月 日 ()

() 救護所 会場名 () 北海道実行委員会

		疾患名	性別	選手 (救) (他)	監督 (救) (他)	役員 (救) (他)	補助員 (救) (他)	出演者 (救) (他)	その他 (救) (他)	小計 (救) (他)	合計 (救) (他)
外 科 的 疾 患	1	擦過傷 切傷	男								
			女								
	2	打撲 捻挫	男								
			女								
	3	筋肉痛 肉離れ	男								
			女								
	4	関節痛	男								
			女								
	5	骨折	男								
			女								
	6	脱臼	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
内 科 的 疾 患	1	熱中症	男								
			女								
	2	頭痛	男								
			女								
	3	吐き気 嘔吐	男								
			女								
	4	腹痛 下痢	男								
			女								
	5	発熱 熱邪	男								
			女								
	6	めまい	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
歯科		男									
		女									
		計									
合計		男									
		女									
		計									

注) 取扱患者のうち医療機関へ搬送した者については、搬送手段別 (救) (他) の欄に人数を内数で記入する。

(様式第4号)

総合開会式取扱患者一覧表 (救護本部用)

令和5年 月 日 ()

会場名 () 北海道実行委員会

		疾患名	性別	選手 (救) (他)	監督 (救) (他)	役員 (救) (他)	補助員 (救) (他)	出演者 (救) (他)	その他 (救) (他)	小計 (救) (他)	合計 (救) (他)
外 科 的 疾 患	1	擦過傷 切傷	男								
			女								
	2	打撲 捻挫	男								
			女								
	3	筋肉痛 肉離れ	男								
			女								
	4	関節痛	男								
			女								
	5	骨折	男								
			女								
	6	脱臼	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
内 科 的 疾 患	1	熱中症	男								
			女								
	2	頭痛	男								
			女								
	3	吐き気 嘔吐	男								
			女								
	4	腹痛 痢	男								
			女								
	5	発熱 熱邪	男								
			女								
	6	めまい	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
歯科		男									
		女									
		計									
合計		男									
		女									
		計									

注) 取扱患者のうち医療機関へ搬送した者については、搬送手段別 (救) (他) の欄に人数を内数で記入する。

(様式第5号)

医療機関受診結果報告先について

【患者又はその関係者の方へ】

- (1) 医療機関受診後の状況及び処置結果について、救護本部へ連絡してください。
- (2) 救急搬送される場合、選手・監督については、都道府県選手団本部にも連絡してください。

(1) 救護本部

設置場所	救護本部（北海道実行委員会事務局）
担当者	
連絡先	

(2) 都道府県選手団本部（都道府県高体連本部役員）

設置場所	（都・道・府・県）選手団本部
担当者	
連絡先	

※ 救護所において、患者又は患者の関係者の方に配付してください。
 （選手・監督が救急搬送される場合は、都道府県選手団本部連絡先一覧表を参考に、(2)も記入して配付してください。）

医療等の状況

立

学校(園)

令和 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等	氏名	男	平成	年 月 日生										
		女	令和	年 月 日生										
傷病名	(1)													
	(2)													
	(3)													
診療開始日	(1)	令和	年	月	日	診療実日数	転 帰							
	(2)	令和	年	月	日		日	治	死	中				
	(3)	令和	年	月	日		ゆ	亡	止					
診療報酬点数	外来に係る療養					入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	日数	十万	万	千	百	十	一	点
							日間							点
上記のとおり証明します。							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
							日間							円
令和 年 月 日							医療機関所在地及び名称							
							氏名							
※ 決 定	外来に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$ =						円				
	入院に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$ =						円				
	入院に係る食事療養標準負担額								円					
	合 計								円					

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
 4 ※印は、記入しないこと。
 5 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)		
①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*
☐保護者 ☐学校(園) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(右欄記入)	☐その他 (利用している制度を記入) []
		自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円

医療等の状況

立 _____ 学校(園)

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名			男	平成	年	月	日生	
				女	令和				
負傷名	(1)					転 帰			
	(2)					継 続 中	治 ゆ	中 止	転 医
	(3)								
施術 開始の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術 終了の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術 実日数	日				
施 術 の 内 容 欄									計
初 検 料	円	往 療 料	片道	km					
加算 休日・深夜・時間外	円	円×	回=	円					
初検時 相談支援料	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪		円					
再 検 料	円	柔道整復 運動後療料	円×	回=	円				
整復・固定・治療料	円	固定料	円	治療料	円				
金属副子等加算	円		円						
施術を行った期間		回 数		一回の料金					
後 療 料	月 日から		回	円					
金属副子等交換料加算	月 日まで		回	円					
温 罨 法 料	月 日から 月 日まで		回	円					
冷 罨 法 料	月 日から 月 日まで		回	円					
電 療 料	月 日から 月 日まで		回	円					
施術情報提供料					円				
その他					円				
備 考									
施 術 金 額 合 計					円				
上記のとおり証明します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 住 所 柔道整復師 氏 名									
※ 決 定					円 × $\frac{4}{10}$ =	円			
						円			
	合 計					円			

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に印をつけてください。)			
①記入者*	②公費負担医療制度*	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法*	
□保護者 □学校(園) □設置者 □医療機関	□利用なし(記入せず) □利用あり(左欄記入)	□その他 (利用している制度を記入) { _____ } 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) _____ 円	

調剤報酬明細書

令和 年 月 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童等 生徒等	氏名	男	平成 年 月 日生				
		女	令和				
所在地及び名称 保険医療機関の	保険医氏名	1.	6.	受付回数	回		
		2.	7.				
		3.	8.				
		4.	9.				
		5.	10.				
処方月日	調剤月日	処方		調剤 数量	調剤報酬点数		
		医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
・	・		点		点	点	点
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
摘要							
合計		点	調剤基本料 点	時間外等加算 点	指導料 点	点	
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 保険薬局所在地及び名称 氏名							
※ 決 定	10円×	点 × $\frac{4}{10}$ =			円		

(注) 1 この明細書は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員として保険薬局から調剤を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この明細書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）

①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*
☐保護者 ☐学校(園) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(左欄記入)	☐その他 (利用している制度を記入) 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)
		円

令和5年度全国高等学校総合体育大会 会場地医療救護実施要領例

この要領は、令和5年度全国高等学校総合体育大会北海道医療救護対策要項に基づき、会場地市町実行委員会（以下「市町実行委員会」という。）が担当する競技会場、練習会場及び大会参加者の宿泊施設における医療救護の実施について、必要な事項を定めるものとする。

1 組織の編成

医療救護組織の編成は原則として次の表のとおりとする。

	本部長	医師	看護師	係員（教職員等）	補助員（高校生等）
救護本部	○			○	○
救護所		○	○	○	○
練習会場		△	△	○	○
移動救護				△	△

※ ○は原則として配置、△は必要に応じて配置する。

注1 人数については、会場の規模、医療機関までの距離など実情に応じて決定する。

注2 救護所に医師を配置しない場合、医師不在の旨を周知するとともに、患者の救急搬送に備え、最寄りの医療機関や管轄する消防本部との協力体制を構築する。

注3 練習会場の救護所については、必要に応じて設置する。救護所を設置しない場合は係員の配置を行う等、万一患者が発生した場合の対策を講じる。

注4 移動救護については、会場の状況等を勘案し、必要に応じて設置する。

2 宿泊施設における医療救護

宿泊施設における医療救護は、宿泊施設管理者が行う。

3 設置場所、期間及び開設時間等

(1) 救護本部

ア 市町実行委員会事務局に救護本部を設置する。

イ 設置期間は、原則として競技種目別大会本部の設置期間とする。

ウ 開設時間は、原則として競技日程開始時から日程終了時までとするが、緊急事態に対応するため、24時間連絡が取れる体制を整備する。

(2) 救護所

ア 競技種目別大会の競技会場に救護所を設置する。

イ 開設期間は、原則として競技種目別大会の競技期間とする。

ウ 開設時間は、原則として競技開始時から終了時までとする。

エ 設置する救護所は次のとおりとする。

(例)

救護所名	設置場所	設置期間
〇〇体育館救護所	〇〇体育館	〇月〇日～〇月〇日
〇〇競技場救護所	〇〇競技場	〇月〇日～〇月〇日

(3) 移動救護

ア 患者の早期発見を目的に移動救護班を設置する。

イ 移動救護班は会場内の担当地区を巡回し、患者を発見した場合は所属する救護所へ速やかに連絡し、患者を移送、案内する。

ウ 設置する移動救護は次のとおりとする。

(例)

移動救護名	所属救護所	設置期間
〇〇体育館移動救護	〇〇体育館救護所	〇月〇日～〇月〇日
〇〇競技場移動救護	〇〇競技場救護所	〇月〇日～〇月〇日

4 各部署・施設等における配備物及び業務内容について（表1参照）

(1) 救護本部について

別添1参照

(2) 救護所について

別添2参照

(3) 練習会場について

別添3参照

(4) 移動救護について

ア 配備物等

(ア) 電話機・無線機等通信機器

(イ) 搬送器具

(ウ) その他必要な物品

イ 業務内容

患者の早期発見、救護所への移送及び案内等。

(5) 宿泊施設について

別添4参照

5 医療救護業務従事者の心得

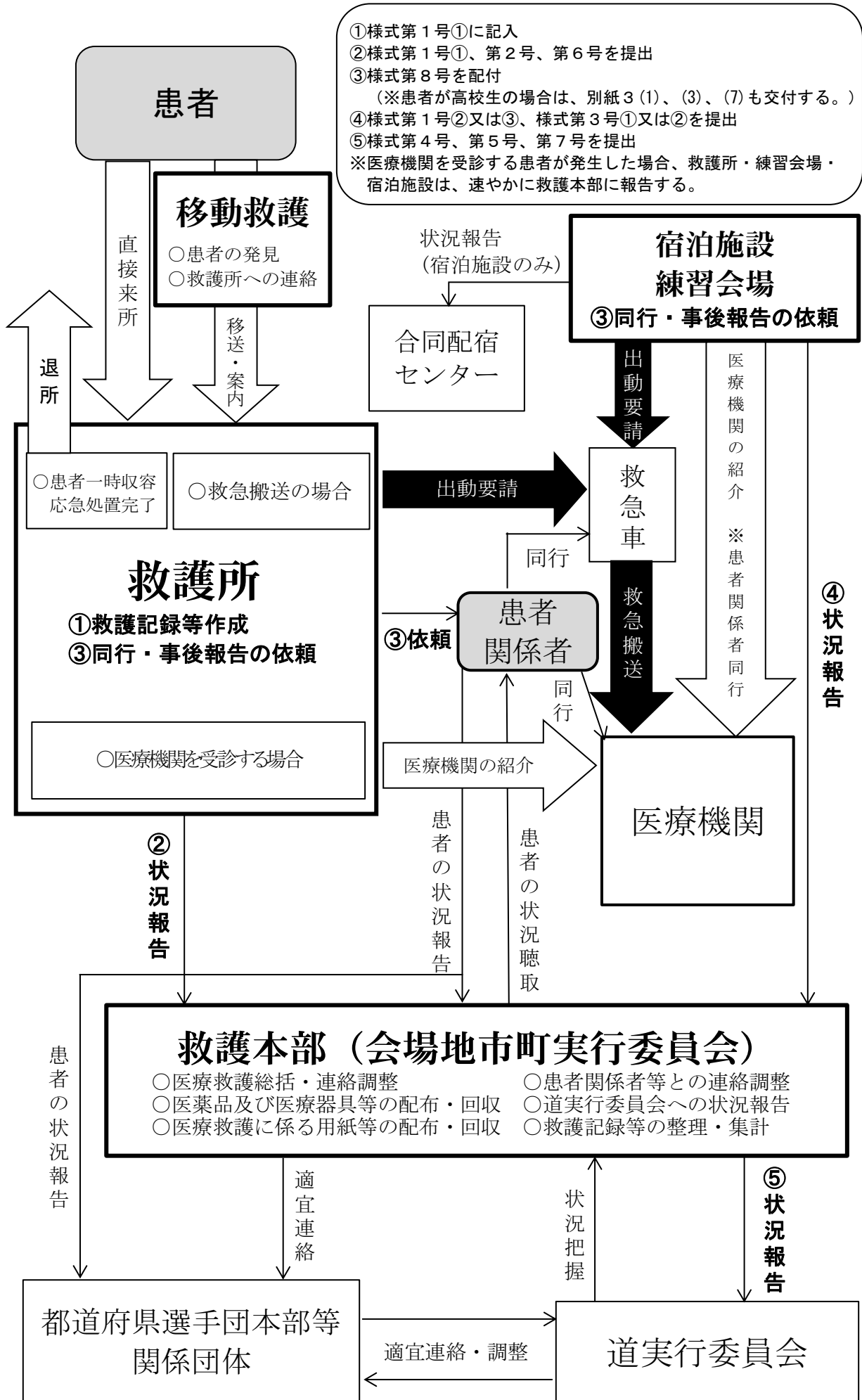
(1) 患者に対しては親切かつ迅速な対応に努める。

(2) 救護所内の環境衛生に気を配り、患者が十分休養できるよう努める。

(3) 患者のプライバシー保護及び守秘義務について十分留意する。

(4) 救護所関係書類の保管及び関係機関との連絡においては、個人情報保護に十分注意する。(FAXを利用する際、患者の個人情報は記入しないこと。)

(表1) 各部署・施設等における配備物及び業務内容



別添 1

救護本部について

1 配備物等

- (1) 大会参加者名簿等必要書類
- (2) 医療救護に係る記録・報告用紙等
 - ア 1日の取扱患者一覧表(様式第4号)
 - イ 競技種目別取扱患者一覧表(様式第5号)
 - ウ 救護所等設置状況報告書(様式第7号)
- (3) 電話機等通信機器
- (4) 医療救護に係る連絡先一覧
- (5) その他必要な物品

2 業務内容

- (1) 競技種目別大会の医療救護に係る救護所及び練習会場等の総括及び連絡調整
- (2) 救護所への医薬品・医療器具等の配付及び回収
- (3) 救護所・練習会場等への医療救護に係る用紙等の配付及び回収
- (4) 医療機関を受診する患者又は患者関係者(以下「患者関係者等」という。)との連絡調整
- (5) 救急搬送された患者について、北海道実行委員会(以下「道実行委員会」という。)への報告
- (6) 競技種目別大会に関する救護記録等の整理、集計及び道実行委員会への報告

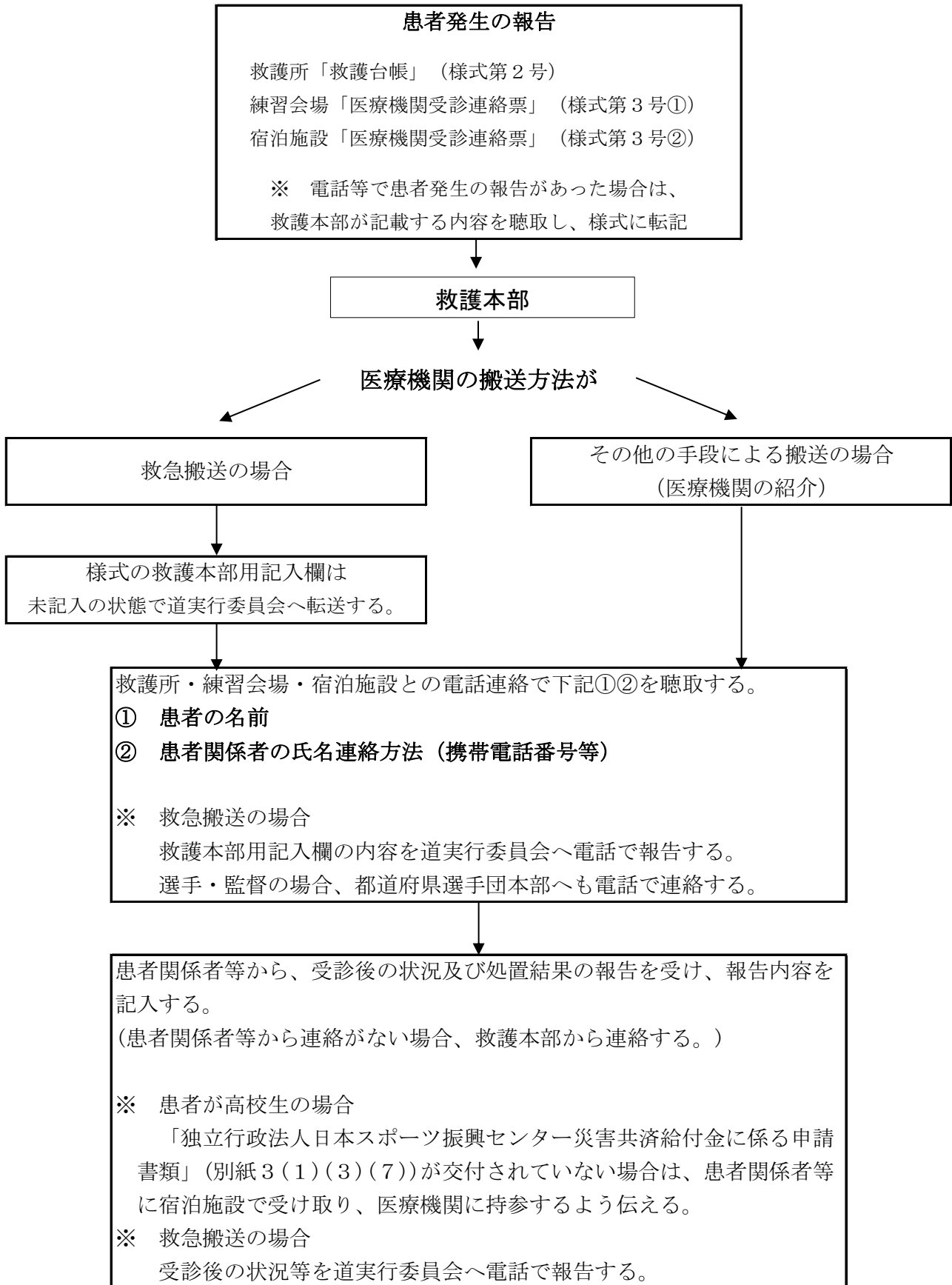
3 患者が発生した場合の手順(図1参照)

- (1) 救護所、練習会場又は宿泊施設から「救護台帳」(様式第2号)又は「医療機関受診連絡票」(様式第3号①又は②)を受理する。救急搬送の場合には、「救護本部記入欄」は未記入で道実行委員会へ転送する。患者の名前等については、救護所、練習会場又は宿泊施設から、電話連絡で聴取する。
 - ※ 練習会場等にFAXの設備がなく電話等で患者発生の連絡があった場合は、救護本部が記載する内容を聴取し、様式に転記する。
- (2) 救急搬送の場合には、聴取した患者の名前等を道実行委員会へ電話で報告する。また、患者が選手又は監督の場合には、所属する都道府県選手団本部(都道府県高体連本部役員)へも電話連絡を行う。
- (3) 患者関係者等から受診後状況報告を受け、その後の状況について聴取し、当該患者の救護台帳又は医療機関受診連絡票の「患者の状況及び処置結果等」に記載する。救急搬送の場合、患者の状況等を道実行委員会へ電話で報告する。
 - ※ 患者関係者等から連絡がない場合は、救護本部係員等が患者関係者等へ連絡する。
 - ※ 別添2の3(5)により、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金に係る申請書類」(別紙3(1)(3)(7))が交付されていない場合は、患者関係者等に宿泊施設で受け取り、医療機関に持参するよう伝える。

4 業務記録及び報告書等

- (1) 当日の業務終了後、救護所から報告のあった「取扱患者一覧表」(様式第6号)、練習会場から報告のあった「医療機関受診記録」(様式第1号②)、宿泊施設から連絡のあった「医療機関受診連絡票」(様式第3号②)を集計して、「1日の取扱患者一覧表」(様式第4号)を作成し、道実行委員会へ報告する。
- (2) 競技日程終了後、速やかに次の書類を整理し、道実行委員会へ提出する。
 - ア 「競技種目別取扱患者一覧表」(様式第5号)
 - (ア) 競技会場救護所で取り扱った患者を集計したもの
 - (イ) 練習会場で取り扱った患者を集計したもの
 - (ウ) 宿泊施設で取り扱った患者を集計したもの
 - イ 「救護所等設置状況報告書」(様式第7号)

(図1) 患者が発生した場合の手順 (救護本部)



別添 2

救護所について

1 配備物等

- (1) 大会参加者名簿等必要書類
- (2) 医療救護に係る記録・報告用紙等
 - ア 救護記録(様式第1号①)
 - イ 救護台帳(様式第2号)
 - ウ 取扱患者一覧表(様式第6号)
 - エ 医療機関受診結果報告先について(様式第8号)
 - オ 「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」に係る申請書類
 - ・医療等の状況(別紙3(1))
 - ・医療等の状況(別紙3(3))
 - ・調剤報酬明細書(別紙3(7))
- (3) 医薬品、医療器具等
- (4) 電話機等通信機器
- (5) 医療救護に係る連絡先一覧
- (6) その他医療救護に必要な物品

2 業務内容

- (1) 応急処置又は必要に応じた救急搬送の要請
- (2) 医療救護に係る救護記録等の作成及び救護本部への提出
- (3) 医療機関を受診する患者への災害共済給付金の請求に係る申請書類の交付
- (4) 医療機関を受診する患者について、救護台帳の提出及び救護本部への電話連絡

3 患者が発生した場合の手順(図2参照)

- (1) 収容した全患者について、「救護記録」(様式第1号①)に記録する。
- (2) 患者に対して、医師又は医師の指示による処置が行われた場合、「救護台帳」(様式第2号)に記録する。
- (3) 患者が医療機関を受診する必要がある場合、医療機関の案内又は状況に応じて救急車の出動を要請する。
- (4) 医療機関を受診する患者関係者等に、「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)を配付し、医療機関への同行並びに受診後の状況及び処置結果等について、救護本部へ連絡するよう依頼する。また、選手・監督が救急搬送される場合は、所属する都道府県選手団本部(都道府県高体連本部役員)への連絡も併せて依頼する。
- (5) 医療機関を受診する患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。
 - ア 医療等の状況(別紙3(1))
 - イ 医療等の状況(接骨院等用)(別紙3(3))
 - ウ 調剤報酬明細書(別紙3(7))

※ 緊急の場合等で上記の申請書類が交付できなかった際は、救護本部が対応する。

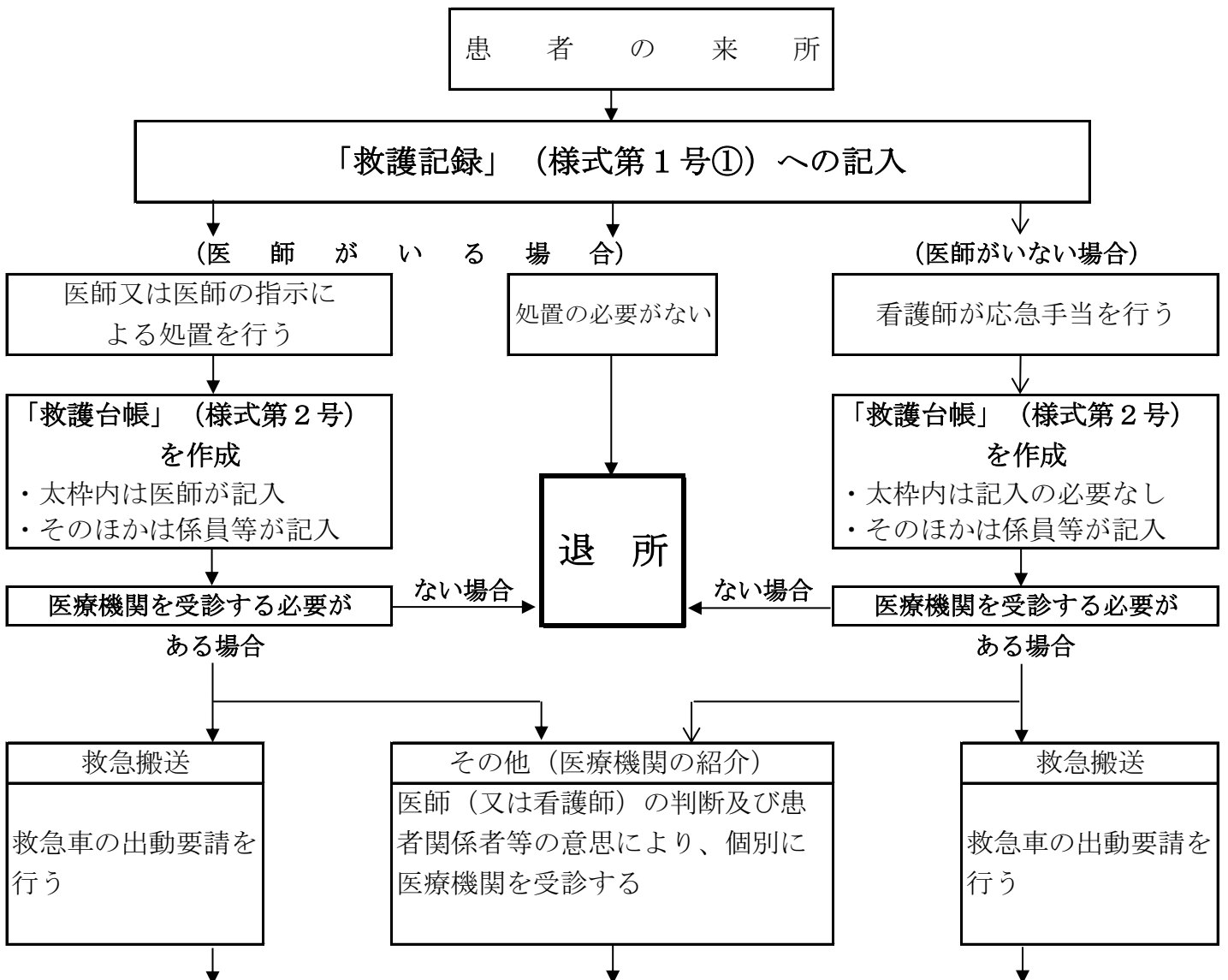
(6) 患者が医療機関を受診(救急搬送を含む)する場合、患者の退所後、速やかに「救護台帳」(様式第2号)を救護本部に提出する。その際、個人情報保護の観点から救護本部記入欄を空欄とし、内容については電話で伝える。

※ FAX等の設備がない場合は、作成した「救護台帳」(様式第2号)の内容を電話で伝え、救護本部で転記する。

4 業務記録及び報告書等

当日の業務終了後、その日取り扱った患者を集計して「取扱患者一覧表(救護所用)」(様式第6号)に記録し、「救護記録」(様式第1号①)及び「救護台帳」(様式第2号)とともに速やかに救護本部へ提出する。

(図 2) 患者が発生した場合の手順 (救護所)

**(1) 救護関係様式書類の作成**

- ア 「救護台帳」(様式第2号)の患者が「医療機関を受診する場合の記入欄」に記入し、「救護本部記入欄」の内容について、患者関係者等から連絡先を聞き取る。
- イ 「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)に必要事項を記入し、患者関係者等に配付する。
※選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県高体連本部の連絡先も記入する。
- ウ 患者が高校生の場合は、災害共済給付金の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。
※緊急の場合等で、上記書類を交付できなかった際は、救護本部が対応する。

(2) 救護本部への報告

- ア 医療機関を受診する患者の退所後、速やかに「救護台帳」(様式第2号)を救護本部へ提出する。(個人情報保護の観点から「救護本部記入欄」は未記入)
※FAX等の設備がない場合は、内容を電話で伝え、救護本部で転記する。
- イ 「救護本部記入欄」の内容について、電話で救護本部に伝える。

別添 3

練習会場について

1 配備物等

- (1) 医療救護に係る用紙
 - ア 医療機関受診記録(練習会場用)(様式第1号②)
 - イ 医療機関受診連絡票(練習会場用)(様式第3号①)
 - ウ 医療機関受診結果報告先について(様式第8号)
 - エ 「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」に係る申請書類
 - ・医療等の状況(別紙3(1))
 - ・医療等の状況(別紙3(3))
 - ・調剤報酬明細書(別紙3(7))
- (2) 医療器具(AED、体温計等)
- (3) 電話機等通信機器
- (4) 医療救護に係る連絡先一覧
- (5) その他医療救護に必要な物品

2 業務内容

- (1) 医療機関を受診する患者について、医療救護に係る書類の作成
- (2) 医療機関を受診する患者への医療機関の紹介又は救急搬送の要請
- (3) 医療機関を受診する患者への災害共済給付金の請求に係る申請書類の交付
- (4) 医療機関を受診する患者について、医療救護に係る書類の提出及び救護本部への電話連絡

3 患者が発生した場合の手順(図2参照)

- (1) 医療機関を受診する患者が発生した場合、状況に応じて医療機関の紹介又は救急搬送の要請を行う。
- (2) 患者関係者等に、「医療機関受診記録」(様式第1号②)を記入してもらう。記入が困難な場合には、聞き取りによる代筆を行う。
- (3) 患者関係者等に「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)を配付し、医療機関への同行並びに受診後の状況及び処置結果等について救護本部へ連絡するよう依頼する。また、選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県選手団本部(都道府県高体連本部役員)への連絡も併せて依頼する。
- (4) 医療機関を受診する患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。
 - ア 医療等の状況(別紙3(1))
 - イ 医療等の状況(接骨院等用)(別紙3(3))
 - ウ 調剤報酬明細書(別紙3(7))

※ 緊急の場合等で上記の申請書類が交付できなかった際は、救護本部が対応する。

- (5) 患者の搬送後、「医療機関受診記録」(様式第1号②)を基に、「医療機関受診連絡

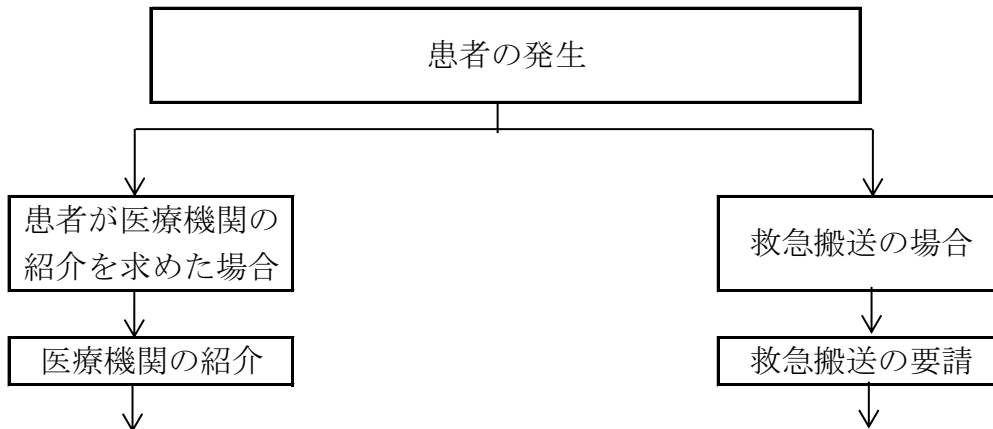
票」(様式第3号①)を作成し、速やかに救護本部へ提出する。その際、個人情報保護の観点から救護本部記入欄を空欄とし、内容については電話で伝える。

※ FAX等の設備がない場合は、作成した「医療機関受診連絡票」(様式第1号②)の内容を電話で伝え、救護本部で転記する。

4 業務記録及び報告書等

練習会場の閉鎖後、「医療機関受診記録」(様式第1号②)及び「医療機関受診連絡票」(様式第3号①)を速やかに救護本部へ提出する。

(図3) 患者が発生した場合の手順 (練習会場)



(1) 「医療機関受診記録」(練習会場用)(様式第1号②)を患者関係者等に記入してもらう。

記入が困難な場合は、聞き取りによる代筆を行う。

(2) 「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)を配付し、患者関係者等に医療機関への同行並びに下記事項を依頼する。

ア 医療機関の受診後の状況及び処置結果について、救護本部へ連絡すること。

イ 選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県選手団本部にも連絡すること。

※ 救護本部及び各都道府県選手団本部の連絡先を患者関係者等に伝える。

(3) 患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。

・医療等の状況(別紙3(1))

・医療等の状況(接骨院等用)(別紙3(3))

・調剤報酬明細書(別紙3(7))

※ 緊急の場合等で上記の申請書類が交付できなかった際は、救護本部が対応する。

(1) 患者の搬送後、「医療機関受診記録」(様式第1号②)を基に、「医療機関受診連絡票」(様式第3号①)を作成し、速やかに救護本部へFAX等で提出する。

(個人情報保護の観点から本部記入欄は未記入)

※ FAX等の設備がない場合は、作成した「医療機関受診記録」(様式第1号②)の内容を電話で伝え、救護本部で転記する。

(2) 本部記入欄の内容について、電話で救護本部に伝える。

別添 4

宿泊施設について

1 配備物等

- (1) 医療救護に係る用紙
 - ア 医療機関受診記録(宿泊施設用)(様式第1号③)
 - イ 医療機関受診連絡票(宿泊施設用)(様式第3号②)
 - ウ 医療機関受診結果報告先について(様式第8号)
 - エ 「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」に係る申請書類
 - ・医療等の状況(別紙3(1))
 - ・医療等の状況(別紙3(3))
 - ・調剤報酬明細書(別紙3(7))
- (2) 医療救護に係る連絡先一覧
- (3) その他医療救護に必要な物品

2 業務内容

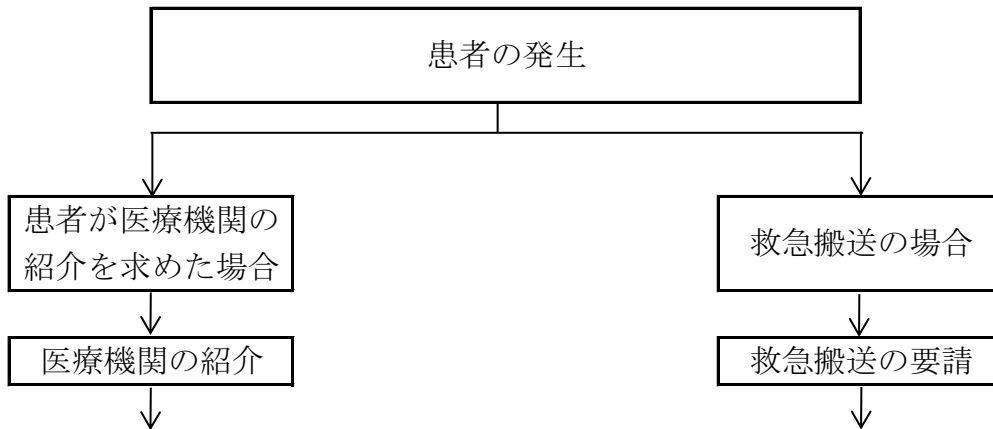
- (1) 医療機関を受診する患者について、医療救護に係る書類の作成
- (2) 医療機関を受診する患者への医療機関の紹介又は救急搬送の要請
- (3) 医療機関を受診する患者への災害共済給付金の請求に係る申請書類の交付
- (4) 医療機関を受診する患者について、医療救護に係る書類の救護本部並びに配宿センターへの報告

3 患者が発生した場合の手順(図2参照)

- (1) 医療機関を受診する患者が発生した場合、状況に応じて医療機関の紹介又は救急搬送の要請を行う。
- (2) 患者関係者等に、「医療機関受診記録」(様式第1号③)を記入してもらう。記入が困難な場合には、聞き取りによる代筆を行う。
- (3) 患者関係者等に、「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)を配付し、医療機関への同行並びに受診後の状況及び処置結果等について救護本部へ連絡するよう依頼する。また、選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県選手団本部(都道府県高体連本部役員)への連絡も併せて依頼する。
- (4) 患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。
 - ア 医療等の状況(別紙3(1))
 - イ 医療等の状況(接骨院等用)(別紙3(3))
 - ウ 調剤報酬明細書(別紙3(7))
- (5) 患者の搬送後、「医療機関受診記録」(様式第1号③)を基に、「医療機関受診連絡票」(様式第3号②)を作成し、速やかに救護本部へ提出する。その際、個人情報保護の観点から救護本部記入欄を空欄とし、内容については救護本部及び配宿センターへ電話で伝える。

※ FAX等の設備がない場合は、作成した「医療機関受診記録」(様式第1号③)の内容を電話で伝え、救護本部で「医療機関受診連絡票」(様式第3号②)に転記する。

(図4) 患者が発生した場合の手順(宿泊施設)



(1) 「医療機関受診記録」(宿泊施設用)(様式第1号③)を患者関係者等に記入してもらう。

記入が困難な場合は、聞き取りによる代筆を行う。

(2) 「医療機関受診結果報告先について」(様式第8号)を配付し、患者関係者等に医療機関への同行並びに下記事項を依頼する。

ア 医療機関の受診後の状況及び処置結果について、救護本部へ連絡すること。

イ 選手・監督が救急搬送される場合、所属する都道府県選手団本部にも連絡すること。

※ 救護本部及び各都道府県選手団本部の連絡先を患者関係者等に伝える。

(3) 患者が高校生の場合、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金」の請求に係る申請書類(3枚1綴)を交付する。

- ・医療等の状況(別紙3(1))
- ・医療等の状況(接骨院等用)(別紙3(3))
- ・調剤報酬明細書(別紙3(7))

(1) 患者の搬送後、「医療機関受診記録」(様式第1号③)を基に、「医療機関受診連絡票」(様式第3号②)を作成し、速やかに救護本部へFAX等で提出する。

(個人情報保護の観点から本部記入欄は未記入)

※ FAX等の設備がない場合は、作成した「医療機関受診記録」(様式第1号②)の内容を電話で伝え、救護本部で転記する。

(2) 「医療機関受診連絡票」(様式第3号②)の内容について、配宿センターへ電話連絡を行う。

(3) 本部記入欄の内容について、電話で救護本部に伝える。

救 護 記 録

令和5年 月 日 () () 救護所 会場名 ()

受付 No.	区 分	都道府県名	学 校 名 (所 属 名) 氏 名	性 別	年 齢	来 所 時 刻 退 所 時 刻	症状及び疾病名 事故の概要等	処 置	備考
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			
	選・監・役 補・出・他			男・女		(:) ↓ (:)			

※ 区分の欄は選手・監督・役員・補助員・出演者・その他の区分を○で囲む。

医療機関受診記録 (練習会場用)

練習会場名 ()

受付 No.	発生日・時刻	区分	都道府県名 競技種目	学校名(所属名) ①患者氏名	性別	年齢	事故の概要及び腫瘍症状	②同行者氏名 連絡方法(携帯電話番号等)
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			

～ 係員の方へ ～ ※ 本紙は患者が医療機関を受診する場合のみ使用してください

- 1 患者が医療機関を受診する(救急車等による救急搬送を含む)場合、太枠内を患者関係者に記入してもらってください。(緊急の場合は、聞き取りによる代筆を行う。)
- 2 患者の搬送後、本紙を基に医療機関受診連絡票(様式第3号①)を記入し、記入後は速やかに市町実行委員会救護本部にFAXで報告してください。
(FAXがない場合は電話で伝え、救護本部で転記してもらおう。)
- 3 送信後、市町実行委員会救護本部に①患者氏名、②患者関係者氏名等を電話連絡で伝えてください。
- 4 本紙の取扱いに関しては、個人情報の保護に十分注意してください。

医療機関受診記録（宿泊施設用）

宿泊施設名（ ）

受付 No.	発生日・時刻	区分	都道府県名 競技種目	学校名(所属名) ①患者氏名	性別	年齢	事故の概要及び腫瘍症状	②同行者氏名 連絡方法(携帯電話番号等)
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			
	月 日 午前時 午後分頃	選手・監督 役員・その他			男・女			

～ 宿泊施設の方へ ～

- 1 救急搬送患者が発生した場合（医療機関を紹介した場合も含む）、太枠内を患者関係者に記入してもらってください。（緊急の場合は、聞き取りによる代筆を行う。）
- 2 患者の搬送後、本紙を基に「医療機関受診連絡票」（様式第3号②）を記入し、記入後は速やかに市町実行委員会救護本部にFAXで報告してください。（FAXがない場合は電話で伝え、救護本部で転記してもらおう。）
- 3 送信後、市町実行委員会救護本部に①患者氏名、②患者関係者氏名等を電話連絡で伝えてください。
- 4 本紙の取扱いに関しては、個人情報の保護に十分注意してください。

(様式第2号)

救 護 台 帳

本紙記入者名 (

傷病発生時間	令和5年 月 日 () 午前・午後 :	受付No.	
取扱場所	会場名:	競技種目:	
	救護所名:		
患 者	区 分	選手・監督・役員・補助生徒・出演者・その他 ()	
	都道府県	所属校(勤務先)名	性別 男・女
			年齢 歳 学年 (年)
	競技種目	所属(勤務)先TEL	※一般観覧者の場合の住所等連絡先
症状訴え等			
傷 病 名	外科的疾患(擦過傷・切傷・打撲・捻挫・筋肉痛・肉離れ・関節痛・骨折・脱臼・その他)		
	内科的疾患(熱中症・頭痛・吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・発熱・風邪・めまい・その他)		
	歯科		
処置概要 症状訴え等			
診療医師名前	医療機関への搬送 (救急搬送 ・ その他の手段) ・ 無		
患者が医療機関を受診する場合の記入欄 (救急搬送を含む)			
搬送先 医療機関名	所在地・TEL等		

★ 救護所での事務処理

- ※ 受付No.の欄には、救護記録(様式第1号①)のNo.と一致させてください。
- ※ 太枠は原則として医師が(あるいは医師の指示により)記入してください。
- ※ 患者が医療機関を受診する場合、「患者が医療機関を受診する場合の記入欄」を記入してください。
- ※ 患者の搬送後、本紙を速やかに救護本部にFAX等で報告してください。
(FAXがない場合は電話で伝え、救護本部で転記してもらおう。)
- ※ この様式を市町実行委員会救護本部にFAX等で送信後、電話連絡で①患者氏名、②患者関係者の氏名・連絡方法を連絡してください。

() 市町実行委員会救護本部
FAX番号: 電話番号:

※ 救護本部用記入欄	記入者名前(
①患者の氏名	②患者関係者の氏名・連絡方法(電話番号等)

患者の状況及び処置結果等

★ 市町実行委員会救護本部での事務処理

- 1 医療機関への搬送方法が救急搬送だった場合、救護本部は、救護本部用記入欄は未記入のまま道実行委員会へ速やかに転送してください。
- 2 FAX送信後、救護所との電話連絡により、①患者の名前と②関係者等の名前・連絡方法を記入し、①②について道実行委員会へ電話で報告してください。また、都道府県選手団本部へも電話で連絡してください。
- 3 市町実行委員会救護本部は、患者関係者等から受診後の処置結果について聴取し、③患者の状況及び処置結果等を記入してください。また、道実行委員会へ電話で報告してください。

北海道実行委員会 FAX: TEL:

(様式第3号①)

医療機関受診連絡票（練習会場用）

令和5年		月	日	()	受付No.	※医療機関受診記録と一致させること	
【 医療機関への搬送方法 】 ※該当箇所を○で囲んでください。							
1. 救急搬送		午前・午後		時	分頃		
2. その他の手段による搬送（医療機関の紹介）		午前・午後		時	分頃		
練習会場名				電話番号			
本紙記入者名（練習会場関係者）							
患者	区分	選手・監督・役員・その他（ ）					
	性別	男・女	年齢 (学年)	歳 (年)	競技種目		
	都道府県 学校名（又は所属名）						
事故の概要及び主要症状							
備考（搬送先医療機関の名称等）							

★ 練習会場での事務処理 ※本紙は患者が医療機関を受診する場合に使用してください。

- 1 患者が医療機関を受診する（救急車等による救急搬送を含む）場合、医療機関受診記録(様式第1号②)を基に太枠内を記入してください。
- 2 患者の搬送後、本紙を速やかに救護本部にFAX等で報告してください。
(FAXがない場合は、本紙の内容を電話で伝え、救護本部で転記してもらおう。)
- 3 FAX送信後、救護本部に①患者氏名、②患者関係者の氏名・連絡方法を電話で伝えてください。
() 市町実行委員会救護本部
FAX番号： 電話番号：

※ 救護本部用記入欄		記入者氏名（ ）
①患者氏名	②患者関係者の氏名・連絡方法（携帯電話番号等）	
③患者の状況及び処置結果等		

★ 市町実行委員会救護本部での事務処理

- 1 医療機関への搬送方法が救急搬送だった場合、市町実行委員会救護本部は、救護本部用記入欄は未記入のまま道実行委員会へ速やかに転送してください。
- 2 FAX送信後、練習会場との電話連絡により、①患者の名前と②関係者等の名前・連絡方法を記入し、①②について道実行委員会へ電話で報告してください。
また、都道府県選手団本部へも電話で連絡してください。
- 3 市町実行委員会救護本部は、患者関係者等から受診後の処置結果について聴取し、③患者の状況及び処置結果等を記入してください。
また、道実行委員会へ電話で報告してください。

北海道実行委員会

FAX：

TEL：

(様式第3号②)

医療機関受診連絡票（宿泊施設用）

令和5年		月	日	()	受付No.	※医療機関受診記録と一致させること	
【医療機関への搬送方法】 ※該当箇所を○で囲んでください。							
1. 救急搬送		午前・午後		時	分頃		
2. その他の手段による搬送（医療機関の紹介）		午前・午後		時	分頃		
宿泊施設名				電話番号			
本紙記入者名（宿泊施設関係者）							
患者	区分	選手・監督・役員・その他（ ）					
	性別	男・女	年齢 (学年)	(歳 年)	競技種目		
	都道府県 学校名（又は所属名）						
事故の概要及び主要症状							
備考 (搬送先医療機関の名称等)							

★ 宿泊施設での事務処理 ※本紙は患者が医療機関を受診する場合に使用してください。

- 1 患者が医療機関を受診する（救急車等による救急搬送を含む）場合、医療機関受診記録を基に太枠内を記入し、本紙を市町実行委員会救護本部へFAX送信で提出してください。
- 2 FAX送信後、市町実行委員会救護本部に電話で①患者の名前、②関係者等の名前・連絡方法を伝えてください。また、配宿センターへも電話で連絡してください。

※ FAX等の設備がない場合は、本紙の内容を電話で伝え、救護本部で転記してもらう。

() 市町実行委員会救護本部
FAX番号： 電話番号：

※ 救護本部用記入欄		記入者氏名（ ）
①患者氏名	②患者関係者の氏名・連絡方法（携帯電話番号等）	
③患者の状況及び処置結果等		

★ 市町実行委員会救護本部での事務処理

- 1 医療機関への搬送方法が救急搬送だった場合、市町実行委員会救護本部は、救護本部用記入欄は未記入のまま道実行委員会へ速やかに転送してください。
- 2 FAX送信後、宿泊施設との電話連絡により、①患者の名前と②関係者等の名前・連絡方法を記入し、①②について道実行委員会へ電話で報告してください。
また、都道府県選手団本部へも電話で連絡してください。
- 3 市町実行委員会救護本部は、患者関係者等から受診後の処置結果について聴取し、③患者の状況及び処置結果等を記入してください。
また、道実行委員会へ電話で報告してください。

北海道実行委員会

FAX：

TEL：

(様式第4号)

1日の取扱患者一覧表(救護本部用)

令和5年 月 日 ()

競技種目名 ()

() 実行委員会

		疾患名	性別	選手(救)(他)	監督(救)(他)	役員(救)(他)	補助員(救)(他)	出演者(救)(他)	その他(救)(他)	小計(救)(他)	合計(救)(他)
外 科 的 疾 患	1	擦過傷 切傷	男								
			女								
	2	打撲 捻挫	男								
			女								
	3	筋肉痛 肉離れ	男								
			女								
	4	関節痛	男								
			女								
	5	骨折	男								
			女								
	6	脱臼	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
内 科 的 疾 患	1	熱中症	男								
			女								
	2	頭痛	男								
			女								
	3	吐き気 嘔吐	男								
			女								
	4	腹痛 下痢	男								
			女								
	5	発熱 熱邪	男								
			女								
	6	めまい	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
歯科		男									
		女									
		計									
合計		男									
		女									
		計									

注) 取扱患者のうち医療機関へ搬送した者については、搬送手段別(救)(他)の欄に人数を内数で記入する。

(様式第5号)

競技種目別取扱患者一覧表 (救護本部用)

令和5年 月 日 () ~ 月 日

競技種目名 () 会場地用 ・ 宿泊施設用 (該当に○をつける) () 実行委員会

		疾患名	性別	選手 (救) (他)	監督 (救) (他)	役員 (救) (他)	補助員 (救) (他)	出演者 (救) (他)	その他 (救) (他)	小計 (救) (他)	合計 (救) (他)
外 科 的 疾 患	1	擦過傷 切傷	男								
			女								
	2	打撲 捻挫	男								
			女								
	3	筋肉痛 肉離れ	男								
			女								
	4	関節痛	男								
			女								
	5	骨折	男								
			女								
	6	脱臼	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
内 科 的 疾 患	1	熱中症	男								
			女								
	2	頭痛	男								
			女								
	3	吐き気 嘔吐	男								
			女								
	4	腹痛 痢	男								
			女								
	5	発熱 熱邪	男								
			女								
	6	めまい	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
歯科		男									
		女									
		計									
合計		男									
		女									
		計									

注) 取扱患者のうち医療機関へ搬送した者については、搬送手段別 (救) (他) の欄に人数を内数で記入する。

(様式第6号)

取扱患者一覧表 (救護所用)

令和5年 月 日 ()

競技種目名 () () 会場救護所 () 実行委員会

		疾患名	性別	選手 (救) (他)	監督 (救) (他)	役員 (救) (他)	補助員 (救) (他)	出演者 (救) (他)	その他 (救) (他)	小計 (救) (他)	合計 (救) (他)
外 科 的 疾 患	1	擦過傷 切傷	男								
			女								
	2	打撲 捻挫	男								
			女								
	3	筋肉痛 肉離れ	男								
			女								
	4	関節痛	男								
			女								
	5	骨折	男								
			女								
	6	脱臼	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
内 科 的 疾 患	1	熱中症	男								
			女								
	2	頭痛	男								
			女								
	3	吐き気 嘔吐	男								
			女								
	4	腹痛 下痢	男								
			女								
	5	発熱 熱邪	男								
			女								
	6	めまい	男								
			女								
	7	その他	男								
			女								
小計		男									
		女									
歯科		男									
		女									
		計									
合計		男									
		女									
		計									

注) 取扱患者のうち医療機関へ搬送した者については、搬送手段別 (救) (他) の欄に人数を内数で記入する。

(様式第7号)

救護所等設置状況報告書

() 実行委員会

競 技 種 目													
設 置 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
救 護 所 数													
備 考	医 師	配置	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	
		待機	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	
	看 護 師		名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	係 員		名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	補 助 生 徒		名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	そ の 他		名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
	計		名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
救急車等の配置		台	台	台	台	台	台	台	台	台	台	台	
救護本部設置場所													
救護所設置場所													
考													

(様式第8号)

医療機関受診結果報告先について

【患者又はその関係者の方へ】

- (1) 医療機関受診後の状況及び処置結果について、救護本部へ連絡してください。
- (2) 救急搬送される場合、選手・監督については、都道府県選手団本部にも連絡してください。

(1) 救護本部

設置場所	〇〇市町実行委員会事務局
担当者	
連絡先	

(2) 都道府県選手団本部（都道府県高体連本部役員）

設置場所	(都・道・府・県) 選手団本部
担当者	
連絡先	

※ 救護所・練習会場・宿泊施設において、患者又は患者の関係者の方に配付してください。
 (選手・監督が救急搬送される場合は、都道府県選手団本部連絡先一覧表を参考に、(2)も記入して配付してください。)

都道府県選手団本部連絡先一覧表

都道府県名	氏名	連絡先
北海道 高等学校体育連盟		
青森県 高等学校体育連盟		
岩手県 高等学校体育連盟		
秋田県 高等学校体育連盟		
宮城県 高等学校体育連盟		
山形県 高等学校体育連盟		
福島県 高等学校体育連盟		
茨城県 高等学校体育連盟		
栃木県 高等学校体育連盟		
群馬県 高等学校体育連盟		
埼玉県 高等学校体育連盟		
千葉県 高等学校体育連盟		
東京都 高等学校体育連盟		
神奈川県 高等学校体育連盟		
山梨県 高等学校体育連盟		
新潟県 高等学校体育連盟		
富山県 高等学校体育連盟		
石川県 高等学校体育連盟		
福井県 高等学校体育連盟		
長野県 高等学校体育連盟		
岐阜県 高等学校体育連盟		
静岡県 高等学校体育連盟		
愛知県 高等学校体育連盟		
三重県 高等学校体育連盟		

都道府県名	氏名	連絡先
滋賀県 高等学校体育連盟		
京都府 高等学校体育連盟		
大阪府 高等学校体育連盟		
兵庫県 高等学校体育連盟		
奈良県 高等学校体育連盟		
和歌山県 高等学校体育連盟		
鳥取県 高等学校体育連盟		
島根県 高等学校体育連盟		
岡山県 高等学校体育連盟		
広島県 高等学校体育連盟		
山口県 高等学校体育連盟		
徳島県 高等学校体育連盟		
香川県 高等学校体育連盟		
愛媛県 高等学校体育連盟		
高知県 高等学校体育連盟		
福岡県 高等学校体育連盟		
佐賀県 高等学校体育連盟		
長崎県 高等学校体育連盟		
熊本県 高等学校体育連盟		
大分県 高等学校体育連盟		
宮崎県 高等学校体育連盟		
鹿児島県 高等学校体育連盟		
沖縄県 高等学校体育連盟		

※ 救急搬送の場合、「医療機関受診結果報告先について」（様式第8号）に該当する都道府県高等学校体育連盟の連絡先を記入し、患者関係者等に配付してください。

医療等の状況

立

学校(園)

令和 年 月 分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

被災児童生徒等	氏名	男	平成			年 月 日生								
		女	令和											
傷病名	(1)													
	(2)													
	(3)													
診療開始日	(1)	令和	年	月	日	診療実日数		転 帰						
	(2)	令和	年	月	日	日	治	死	中					
	(3)	令和	年	月	日		ゆ	亡	止					
診療報酬点数	外来に係る療養					入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	日数	十万	万	千	百	十	一	点
							日間							点
上記のとおり証明します。							入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円
							日間							円
令和 年 月 日							医療機関所在地及び名称							
							氏名							
※ 決 定	外来に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$		円								
	入院に係る療養分		10円×	点× $\frac{4}{10}$		円								
	入院に係る食事療養標準負担額					円								
	合 計					円								

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
 4 ※印は、記入しないこと。
 5 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に☑をつけてください。)		
①記入者*	②公費負担医療制度*	☐乳幼児 ☐ひとり親 ☐子ども医療助成 ☐障害者総合支援法*
	☐保護者 ☐学校(園) ☐設置者 ☐医療機関	☐利用なし(記入終了) ☐利用あり(右欄記入)
		☐その他 (利用している制度を記入) []
		自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 円

医療等の状況

立 _____ 学校(園)
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。

被災児童 生徒等	氏名							平成 令和	年	月	日生	
負傷名	(1)							転 帰				
	(2)							継 続 中	治	中	転	
	(3)								ゆ	止	医	
施術 開始の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術 終了の 年月日	(1) 令和 年 月 日 (2) 令和 年 月 日 (3) 令和 年 月 日	施術 数	日							
施 術 の 内 容 欄											計	
初 検 料	円	往 療 料	片道	km								
加算 休日・深夜・時間外	円	円×	回=	円								
初検時 相談支援料	円	加算 夜間・難路 暴風雨雪			円							
再 検 料	円	柔道整復 運動後療料	円×	回=	円							
整復・固定・治療料	円	整復料	円	固定料	円	治療料	円					
金属副子等加算	円			円								
施術を行った期間		回 数		一回の料金								
後 療 料	月 日から	回		円								
金属副子等交換料加算	月 日まで	回		円								
温 罨 法 料	月 日から 月 日まで	回		円								
冷 罨 法 料	月 日から 月 日まで	回		円								
電 療 料	月 日から 月 日まで	回		円								
施術情報提供料											円	
その他											円	
備 考												
施 術 金 額 合 計												円
上記のとおり証明します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 住 所 柔道整復師 氏 名												
※ 決 定	円 × $\frac{4}{10}$ =											円
												円
	合 計											円

- (注) 1 この医療等の状況は、柔道整復師から施術を受けた場合に使用すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。(※該当する項目に印をつけてください。)			
①記入者*	②公費負担医療制度*	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法*	
□保護者 □学校(園) □設置者 □医療機関	□利用なし(記入せず) □利用あり(左欄記入)	□その他 (利用している制度を記入)	{ _____ }
		自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)	円

