

MFJメディカルパスポート2017

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●MFJライセンスNo _____ 国籍 _____

(よみがな)

●氏名 _____ ●年齢 _____ 歳

●生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ●血液型 _____ 型 (_____)

●身長 _____ cm ●体重 _____ kg

●所属チーム名 _____

●チーム代表者名 _____

●病気・怪我について (持病・完治していない怪我)

●かかりつけの病院 _____

●医療メモ

アレルギーと反応 _____

使用中の薬 _____

感染症の有無 _____ 有り _____ 無し

●緊急連絡先 ①氏名 _____ 続柄 _____
電話 : _____ mail _____ @ _____

②氏名 _____ 続柄 _____
電話 : _____ mail _____ @ _____

※メディカルパスポート (本紙) はご本人またはチームで保管し、事故の際にメディカルセンターに提出してください。