

## MFJメディカルパスポート

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●MFJライセンスNo \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_  
★日本以外の場合のみ記入

●性別 \_\_\_\_\_

(よみがな)

●氏名 \_\_\_\_\_

●年齢 \_\_\_\_\_ 歳

●生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●血液型 \_\_\_\_\_ 型 ( )

●身長 \_\_\_\_\_ c m

●体重 \_\_\_\_\_ k g

●所属チーム名 \_\_\_\_\_

●代表者名 \_\_\_\_\_

●病気・怪我について（持病・完治していない怪我）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

●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。