

(様式2)

受 診 報 告 書

競 技 名	柔 道		
受 診 者	(ふりがな) 氏名	男・女 (歳)	
	自宅住所	〒 電話 - -	
	学校名 (チーム名)	年	
保護者名 ()	学校住所 チーム住所	〒 電話 - -	
	症状発生年月日 令和 7 年 月 日() 午前・午後 時 分頃		
主 な 症 状			
病 院 名			
診断の結果	1、 と診断されました。 2、 の疑いがあると診断されました。 3、 の感染はありませんでした。 4その他()		
その他、医師からの 所見など			
記 載 者	監督・外部指導員(○で囲む) その他()		
	氏名	男・女	
	所属		
	自宅住所	〒 電話 - -	

※ 住所は、都道府県名から記入して下さい。