

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。