

令和5年1月16日

競技会参加者 各位

一般財団法人

日本モーターサイクリススポーツ協会

メディカルパスポートの扱いについて

メディカルパスポートは競技会中の受傷時にメディカルドクターの診断及び救急搬送の際に情報を提供することを目的としています。

大会参加時には、このメディカルパスポートの携帯検査を以下の手順にて行います。

1. メディカルパスポート携帯の確認方法

メディカルパスポートの携帯（メディカルパスポートの提示）の確認は、基本的に選手受け付け時主宰事務局により行われますので、受け付けを行うライダーまたはチーム関係者は、受け付け関係書類と一緒にメディカルパスポートを必ず持参してください。

ライダーブリーフィング時に確認を行う場合は、大会主宰者より案内（公示）があります。

2. メディカルパスポート扱い方法

メディカルパスポートは、MFJ ホームページに添付されたメディカルパスポートの書式（2ページ）を表・裏の両面印刷を行い、記載内容を記入の上、表面の折れ線目安を基準に表面の参加クラスおよびライダー氏名が見えるように三つ折りにして、持参下さい。

次大会までに記載の内容に変更があった場合は、速やかに記載内容の変更をして下さい。

3. メディカルパスポートの印刷方法

MFJ ホームページを開き、LICENCE（ライセンス）⇒各種申請書ダウンロード⇒メディカルパスポートの順番をクリックするとメディカルパスポートの書式が資料として添付されています。その資料2ページ（表面、裏面）を両面印刷して下さい。

この用紙に記入内容を記載して個人のPC等に保存しておく、再度印刷する場合にベース書類として使用できます。

MFJメディカルパスポート 表面

このメディカルパスポートの「表面、裏面」を記入し、表裏の両面印刷をしてください。

参加競技クラスに○印をつけ、その他を記入ください。

ロードレース	モトクロス	トライアル	エンデュロ	スノーボード	スノーモビル
--------	-------	-------	-------	--------	--------

参加クラス	
ライダー氏名	フリガナ
MFJライセンスNo.	

大会期間中にこのパスポートの所持確認を行う場合、3折し「メディカルパスポートこの部分」を見せてください。

3つ折り 折り目 目安

このメディカルパスポートは、ライダーおよびチームは、競技参加ライダーの健康状態を把握するためにこのフォームを記入し、メディカルドクターについても提示できるように常に携帯してください。

- ・ 競技会の参加にあたり、このパスポートの表面、裏面の項目の必要事項を記入ください。
- ・ このパスポートを両面印刷後、3つ折りにして、ライダー又は、チームスタッフが責任もって保管ください。

3つ折り 折り目 目安

- ・ 本メディカルパスポートは競技会において、重傷事故発生時に大会のメディカルドクターの診断及び救急搬送の際に医療機関に情報を提供することを目的としています。
この目的以外にここに記載された内容を第三者に提供することはありません。
- ・ 大会の選手受付等で本パスポートを提示することをもって、ライダーご本人が意識不明の場合、チーム等を通じて本状を主催者から医療機関にお渡しすることについて、ご本人の同意をいただいているものとさせていただきます。
- ・ 本状は出来るだけ良い治療を得られるためのものですが、重要な個人情報の記載が必要であり、ご本人が前記治療の利益を放棄し提出を拒否する場合には、事務局に申し出てください。

MFJメディカルパスポート 裏面

このメディカルパスポートの「表面、裏面」を記入し、表裏の両面印刷をしてください。

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

(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 _____

● 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

Covid19ワクチン接種

無し

有り

回数
最新接種日

回
年 月 日

● 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。