

日本スポーツ振興センター災害報告書

担任	教科担任 部活顧問

年 組 ^{フリガナ}氏名 (平成 年 月 日生)

 保護者氏名

 住所 (〒)

★チェックを受けてから
保健室に提出してください

1. けがをした日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前・午後 _____ 時 _____ 分ごろ
2. けがをした部位 (左右も記入) _____
3. けがをした場所 _____
4. けがをした場合 ①体育 (種目 _____)
 (〇をつける) ②部活 (部名 _____)
 ③休み時間
 ④放課後 (部活動をのぞく)
 ⑤登校中
 ⑥下校中
 ⑦その他 (_____)
5. 受診した医療機関 _____
6. 初診月日 _____ 月 _____ 日
7. 薬が院外処方の場合、利用した薬局名 _____
8. けがをした時の状況をできるだけ詳しく記入してください。

状 況	(記入例) 体育の授業中、体育館で バasket をして、相手選手と接触して転倒し、右足首を ひねった。 いつ ところで 何をしていて (詳しく) どのような状態となり どこを どうした
処置状況	冷却 ・ 湿布固定 ・ 安静指示 ・ 受診指示 病院へ搬送 (_____ 時 _____ 分ごろ) 救急車・教員車・保護者・その他 (_____) 家庭で経過観察等 (_____)
経 過	翌日受診 ・ 入院 ・ 体育見学 その他 (_____)

※保護者の方へ

公費負担医療制度について、該当の項目に〇印をつけ、() 内に具体的にご記入願います。

公費負担医療制度の利用 _____ あり _____ なし

- ・生活保護受給
- ・ひとり親家庭等医療費助成制度利用
- ・その他 (_____)

自己負担割合 _____ なし _____ 1割 _____ 初診時一部負担 (_____) 円