

災害報告書

提出日 年 月 日

クラブ顧問 授業担当者 クラス担任 印		保護者氏名		生徒ご本人が医療機関を受診する際の支払い方法に○を付けて下さい ・保険診療(3割負担) ・子ども医療助成(公費負担医療制度) ・ひとり親家庭医療助成(公費負担医療制度) ・その他()
年 組 番	フリガナ	生徒氏名	(男・女)	平成 年 月 日生
住所	〒 -			
TEL		保護者の携帯		

災害発生 日時	年 月 日 (曜日) [夏休み・冬休み・春休み]	午前・午後 時 分頃
災害の場所		何の時間/クラブ名
災害発生時の状況	いつどこで	(例)旧校舎グラウンドで体育の授業中
	何を	(例)試合形式のサッカーをしていた時
	なぜ、どのようにして	(例)ドリブルしていた際、相手にスライディングされ転倒し右手をついて
	どうなった	(例)右手首をひねった
	【災害発生直後に学校やクラブがとった措置】(例:保健室でアイシングをして病院受診をすすめた)	
負傷した部位		(右・左)

受診した病院名・内容等をわかる範囲で記入してください。 例)骨折・ギブス・点滴・手術等

病院または接骨院名 (複数あれば受診した順番に記入)	病名・治療内容等
①	薬局(有・無)
②	薬局(有・無)
③	薬局(有・無)

備考

治療継続中・治療終了(年 月) / 装具あり:領収書 ^ホ -添付,装具用紙保護者氏名・住所記入 / 高額医療に該当
