

災害発生報告書

(保護者の方がご記入ください)

フリガナ		学年・組	年	組	番	女・男
生徒氏名		生年月日	平成	年	月	日
保護者名						
災害発生日時	令和	年	月	日	曜日	午前・午後
場 所	校舎外	運動場・テニスコート・けやき坂・下足・()				
	校舎内	体育館・教室・階段・廊下・()				
	学校外	通学路・他校()学校()				
場 合	授業(体育・)休み時間(限後・昼休み)登校・下校					
	部活()部その他()					

災害発生状況 (具体的に詳しくご記入ください)

何をしている時に(場合) 例) バレーボールのレシーブの時	
何が 例) 左足がもつれて	
どうなって 例) 転倒し	
どこを(部位) 例) 右足首を	
どのように負傷したか(症状) 例) ひねった。	
発生後の対応	<input type="checkbox"/> そのまま下校した <input type="checkbox"/> 保健室で処置を受けた <input type="checkbox"/> 学校から病院受診した <input type="checkbox"/> 保護者と病院受診した <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他()

スポーツ振興センター申請	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
--------------	--

*スポーツ振興センター申請希望の場合は「医療等の状況」等を医療機関で記入していただき学校へご提出ください

カンガルー保険 申請	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
------------	--

*カンガルー保険申請希望される場合は、書類の蛍光ペン部分に必要な事項をご記入の上、学校にご提出ください

医療機関受診年月日	令和	年	月	日
医療機関名:				
院外薬局の利用: 無 ・ 有() 薬局				

公費負担医療制度の利用: 無 ・ 有	*公費負担医療制度: ひとり親・子ども医療助成・障害者総合支援法等
--------------------	-----------------------------------

*公費負担医療制度を利用の有無に関わらず、スポーツ振興センター見舞金給付申請が可能です。

*公費負担医療制度を利用されない場合で高額医療費対象となった場合、課税証明書等別途書類が必要となります。

*公費負担医療制度を利用された場合は、「医療等の状況」の欄外に自己負担額(月ごと)を保護者をご記入ください。