

スポーツ事故報告書

提出日 20 年 月 日

負傷者（ケガをした人）

学年	年生	<input type="checkbox"/> 選手	<input type="checkbox"/> コーチ	<input type="checkbox"/> 保護者	<input type="checkbox"/> その他	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
カナ				生年月日	年	月	日	
氏名				年齢	歳			
郵便番号	-							
住所	神奈川県相模原市							
連絡先	自宅	-	-	携帯	-	-		
	職場	-	-	最優先連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場	
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他（ ）							

本人以外の場合下記記入（選手保護者の方は氏名生年月日のみ）

カナ				生年月日	年	月	日	
氏名				年齢	歳	続柄（ ）		
郵便番号	-							
住所	神奈川県相模原市							
連絡先	自宅	-	-	携帯	-	-		
	職場	-	-	最優先連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場	

事故について

事故日	年	月	日	時ごろ（24時間表記）				
施設名称				<input type="checkbox"/> 神奈川県内	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
状況	<input type="checkbox"/> 団体活動中 <input type="checkbox"/> 団体活動への往復途上中 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
状況2	<input type="checkbox"/> 練習中 <input type="checkbox"/> 試合中 <input type="checkbox"/> 休憩中 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
事故内容	<input type="checkbox"/> 他者との衝突 <input type="checkbox"/> 物との衝突 <input type="checkbox"/> 他者からの行為 <input type="checkbox"/> 熱中症、熱射病 <input type="checkbox"/> その他詳細に（ ）							
ケガ部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> くち <input type="checkbox"/> 耳 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 頭部その他 <input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 尻 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 二の腕 肘（ひじ） <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手首 <input type="checkbox"/> 平・甲 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 足首 <input type="checkbox"/> アキレス腱 <input type="checkbox"/> 足甲・裏 <input type="checkbox"/> 足指							
症状	<input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 肉離れ <input type="checkbox"/> じん帯 <input type="checkbox"/> 腱断裂 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 神経損傷 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
通院	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	入院	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	
医療機関	病院名				電話番号			
	住所							

その他、不明点等あれば、ご記入お願いします。

--