

# 災害報告書

<先生方へ>  
下記内容をすべて確認の上、サインしてください。

担任サイン	教科担任サイン	顧問サイン

この報告書は、日本スポーツ振興センターの災害共済給付手続きのためのものです。必要事項を記入し、担任サイン、授業・部顧問サイン（必要な場合のみ）をもらって保健室に提出してください。

(フリガナ)	
年 組 番 生徒氏名	男・女
保護者氏名	
災害発生の場所 (当てはまる所に○印を)	学校内 運動場 体育館 教室 廊下 その他( )
	学校外 道路 その他( )
災害発生の場合	体育授業 部活中(部活名 ) 登下校 放課 その他( )
災害発生日	令和 年 月 日 ( 曜日) 時 分
災害発生状況	〔 いつ・どこで・何を・どのようにしている時に・どのような状態になって どの部位を・どうしたか について <u>具体的に詳しく記入</u> 。 〕
応急手当・受診までの状況	
今回のケガ・病気が起きた原因	
再発防止のためにやるべきこと	
<p>&lt;公費負担制度を利用した場合&gt; 保護者による記入をお願いしています。</p> <p>「医療等の状況」「調剤報酬明細書」にある下記の欄への記入にご協力ください。</p> <p>継続治療の場合を含めて、<u>療養月ごと</u>忘れずに記入してください。</p>	
<b>【お願い】 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）</b>	
①記入者* <input checked="" type="checkbox"/> 保護 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 設置 <input type="checkbox"/> 医療機関	②公費負担医療制度* <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 子ども医療助成 <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法* <input type="checkbox"/> その他 (利用している制度) <b>利用ありの場合のみ記入</b> 自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) <span style="float: right;">0 円</span>

ここは全員記入

利用ありの場合のみ記入

# 災害報告書

## 記入例

<先生方へ>  
下記内容をすべて確認の上、サインしてください。

担任サイン	教科担任サイン	顧問サイン
豊田	岡崎	

この報告書は、日本スポーツ振興センターの「災害発生時の対応マニュアル」に基づいて作成されたものです。必要事項を記入し、担任サイン、授業・部顧問サイン（必要な場合のみ）をもちつて保健室に提出してください。

担任印は必ず必要。授業中、部活動中の場合、担当者の印鑑（どちらか1つ）必要。

(フリガナ) トヨタ イチロウ ○年 ○組 ○番 生徒氏名 <b>豊田 一郎</b> (男)・女	
保護者氏名 <b>豊田 太郎</b>	
親権者を記入。生徒と姓が異なる場合は、続柄を明記してください。 災害発生時の場所 (体育館) 教室 廊下 その他( )	
(当てはまる所に○印を) 学校外 道路 その他( )	
災害発生の場合	(体育授業) 部活中(部活名 ) 登下校 放課 その他( )
災害発生日	令和 ○年 ○月 ○日 (金曜日) 14時10分
災害発生状況 [いつ・どこで・何を・どのようにしている時に・どのような状態] 正確にわからない場合もおおよその時刻を記入。 [どの部位を・どうしたか] について具体的に詳しく記入。 体育の授業中、体育館でバスケットボールのゲームに参加していた。シュート後のリバウンドボールを取るためにジャンプしたとき、別の人と同じようにジャンプしていたため、危険を感じ、その人を避けて着地しようとしたところ、空中でバランスを崩して右足首をひねった状態で着地し負傷した。	
応急手当・受診までの状況 担架で保健室へ。冷やし固定した。保護者の迎えで医療機関へ。	
今回のケガ・病気が起きた原因 転び方が下手だった。足首の捻挫が癖になりつつあるが、サポーターを忘れた。	
再発防止のためにやるべきこと 柔道の受け身のような転び方の練習をする。運動時はサポーターをつける。体幹を鍛える。	
<公費負担制度を利用した場合> 保護者による記入をお願いしています。 「医療等の状況」「調剤報酬明細書」にある下記の欄への記入にご協力ください。 (継続治療の場合を含めて、療養月ごと忘れずに記入してください)	
ここは全員記入	
利用ありの場合のみ記入	
上記証明において公費負担医療制度の利用状況に ください。(※該当する項目に○をつけてください)	
①記入者* <input checked="" type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 学校(園) <input type="checkbox"/> 設置者 <input type="checkbox"/> 医療機関	②公費負担医療制度* <input type="checkbox"/> 利用なし(記入終了) <input checked="" type="checkbox"/> 利用あり(左欄記入)
□乳幼児 <input checked="" type="checkbox"/> ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法* □その他 (利用している制度を記入) [ ]	
自己負担額 (「利用あり」の場合に記入) 0 円	