

# 北上市民スポーツ大会傷害事故報告書

提出日 令和 年 月 日

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|---|----|-------|---|------------------|---|
| 発生日時            | 令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 発生場所            | (施設名等)<br>(住 所)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 活動の種類<br>(競技種目) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 被 害 者           | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |  |  |  | 男 | 生年 | S・H・R |   | 年                | 歳 |
|                 | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |  |  | 女 | 月日 | 年     | 月 | 日                |   |
|                 | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 〒 |  |  |  |   |    | 保護者氏名 |   | (被害者が未成年の場合のみ記入) |   |
| 受傷部位            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 症 状             | <div><input type="checkbox"/> 意識なし    <input type="checkbox"/> 呼吸なし    <input type="checkbox"/> 意識障害    <input type="checkbox"/> 記憶障害    <input type="checkbox"/> 呼吸障害<br/><input type="checkbox"/> 言語障害    <input type="checkbox"/> 視覚障害    <input type="checkbox"/> めまい    <input type="checkbox"/> 吐き気    <input type="checkbox"/> 寒気・悪寒<br/><input type="checkbox"/> しびれ    <input type="checkbox"/> 無感覚    <input type="checkbox"/> けいれん    <input type="checkbox"/> 痛み    <input type="checkbox"/> 出血<br/><input type="checkbox"/> 腫れ    <input type="checkbox"/> 変形    <input type="checkbox"/> 熱感</div> |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
|                 | -----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 発生状況            | -----<br>-----<br>-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 手当て             | <div><input type="checkbox"/> A E D    <input type="checkbox"/> 心肺蘇生(人工呼吸・心臓マッサージ)    <input type="checkbox"/> アイシング<br/><input type="checkbox"/> 副木固定    <input type="checkbox"/> テーピング    <input type="checkbox"/> 圧迫    <input type="checkbox"/> マッサージ    <input type="checkbox"/> 止血    <input type="checkbox"/> 洗浄<br/><input type="checkbox"/> 被覆(ガーゼなど)</div>                                                                                                                                                                                                                                            |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
|                 | -----<br>-----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 救 急 車           | <input type="checkbox"/> 要請 <input type="checkbox"/> 医療機関へ搬送 <input type="checkbox"/> 治療院へ搬送                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 医療機関名<br>治療院名   | ☎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 診 断 名           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |
| 特記事項            | -----                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |  |  |  |   |    |       |   |                  |   |

|          |      |
|----------|------|
| [事務局確認欄] |      |
| 受 付 印    | 受理者名 |
|          |      |

報告者  
(団体名)  
(氏 名)

⑩