

北上市民体育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) (住 所)								
活動の種類 (競技種目)									
被害者	フリガナ				男	生年月日	S・H・R	年齢	歳
	氏名				女	年月日	年 月 日		
	住所	〒				保護者氏名		<small>(被害者が未成年の場合のみ記入)</small>	
受傷部位									
症 状	<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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 熱感								

発生状況	----- ----- -----								
手当て	<input type="checkbox"/> AED <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 <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 <input type="checkbox"/> 被覆(ガーゼなど)								
	----- -----								
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 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)