

北上市民体育大会傷害事故報告書

提出日 平成 年 月 日

発生日時	平成 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	T・S・H 年 月 日
	氏 名		女		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	<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)