

負傷者報告書

報告日 令和 年 月 日

負傷者氏名	ふりがな	チーム名	種目
住所	〒 -		
電話番号	自宅 ()	携帯	- -

事故内容	事故発生年月日	令和 年 月 日 (曜日) 時頃	
	事故発生場所	住所	
		施設名	

事故の詳細	部位	頭 顔 眼 歯 首 肩 胸 腹 脊椎 腰 臀部
		腕(右・左)・足(右・左)・手指(右・左)・足指(右・左) その他 ()
	何をしていて	
	何が原因で	
	どの様になったか	

ケガの症状	※	事務局処理欄	
治療期間	入院 日見込・通院 日見込		
医療機関名①		保険加入日	
医療機関名②		保険種類	A1 B C
報告者氏名		加入依頼No.	

※ 打撲・切り傷・すり傷・捻挫・じん帯損傷・骨折・脱臼・火傷・その他