

医療機関受診者記録

* 該当箇所に必要な事項を記入または☑を入れる

【受診者】 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校		【受傷日時】 いつ	
学年: () 年 / クラス: () 組		令和 年 月 日 () 時 分	
番号: () 番		<input type="checkbox"/> 始業前 <input type="checkbox"/> 授業中 (校時)	
フリガナ 氏名: ()		<input type="checkbox"/> 休み時間 <input type="checkbox"/> 昼休み <input type="checkbox"/> 放課後	
生年月日: 平成 年 月 日 / 保護者氏名: ()		<input type="checkbox"/> 部活中 () 部	
【受傷場所】 どこで			
<input type="checkbox"/> 校舎内 [<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 階段]			
<input type="checkbox"/> 校舎外 [<input type="checkbox"/> グラウンド <input type="checkbox"/> 体育館 <input type="checkbox"/> 柔道場]			
<input type="checkbox"/> 学校外グラウンド []			
<input type="checkbox"/> 学校外体育館 []			
<input type="checkbox"/> その他具体的に []			
【負傷部位】			
【負傷に至る状況】 例: (いつ) 体育の授業中に、(どこで、何を) 体育館で跳箱をしていたところ、 (どのようにして) 踏み切りに失敗し、跳箱にぶつかり転倒して、(どうなった) 右足首をひねった。			
【病院に行くまでの処置等】			
【子ども医療証の使用】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

* この記録は、スポーツ振興センターへ提出する書類作成のためのものです。
怪我をした時の状況が具体的に分かるようにお書きください。