

災害発生報告書

保健室提出日 年 月 日 (年入学)

中・高 年 組 番	
生徒名	フリガナ (平成 年 月 日生)
所属部活	() 部
保護者名	フリガナ
災害発生日時	令和 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分頃
災害発生場所	校内() 校外()

災害発生状況

いつ
どこで
何をしています
どうなったため
どこを
どうした

学校で行った処置

保健室で応急処置 学校から病院搬送 特になし
その他 ()

初めて診察を受けた日 (令和 年 月 日)

医療機関名 ()

受傷当日に受診しなかった場合：理由 ()

医療機関をかえた日 (令和 年 月 日)

医療機関名 ()

かえた理由 ()

【重要】

① 公費負担医療制度を利用しましたか？ (いいえ・はい) ○を付けて下さい。

② ①はの場合⇒ (ひとり親・子ども医療助成・他)

⇒ 自己負担額 円 (保険診療分に限る)

該当する医療制度に○をつけ、自己負担額をご記入ください。

救急外来受診による選定療養費、松葉杖のレンタル代、包帯代、薬の容器代など保険適応外の項目については、請求対象外です。自己負担額には記載されないようご注意ください。

以下記入不要

受傷月	用紙提出	入力日	受傷月	用紙提出	入力日	受傷月	用紙提出	入力日
月分			月分			月分		
月分			月分			月分		