

スポーツ振興センター医療費請求書

年組番	年 組 番	氏名	ふりがな	生年月日	平成 年 月 日
保 護 者 名					
災害発生の日時	平成 年 月 日 ( 曜 ) 午前・午後 時 分				
災害発生の場所					
災害発生の場合 □にし チェック	<input type="checkbox"/> 体育 (種目 ) <input type="checkbox"/> 部活動 (種目 ) <input type="checkbox"/> その他の授業中 (教科名 ) <input type="checkbox"/> 学校行事中 ( ) <input type="checkbox"/> 休み時間中 <input type="checkbox"/> 昼休み中 <input type="checkbox"/> 放課後 <input type="checkbox"/> 清掃中 <input type="checkbox"/> 登校中 ( 徒歩 ・ 自転車 ・ その他 ) <input type="checkbox"/> 下校中 ( 徒歩 ・ 自転車 ・ その他 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
災害発生の状況  なるべく詳しく記入	<p>①いつ ②どこで ③何をしていた ④どのような状態になり ⑤どこをどうした 等、詳しく明確に記入してください。</p> <p>(例 体育の授業中、体育館でバスケットボールの試合をしていた。シュートしようとジャンプし着地した際、相手選手と接触し転倒、その時左足首を捻ってしまった。)</p>				
学校で受けた処置 あれば記入してください					
受診医療機関名	複数ある場合はすべて記入してください				
そ の 他					
担当教諭 印					