**報徳学園高等学校サッカー部　受診報告 兼 保険申請依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　年　　　組　　　番  | 担任名先生 |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 生徒氏名 |  | 保護者氏名 |  |
| 生年月日 平成 　 　年 　　月 　　 日生 |
| 怪我発生日時 | 平成　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分頃 |
| 怪我発生場所 | 報徳学園内（　グラウンド　・　体育館　・　トレーニングルーム　・　ピロティ　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））報徳学園外（　武庫川河川敷　・　西宮浜総合公園多目的グラウンド　・　西宮市立中央公園グラウンド　・　西宮市立中央体育館　・　浜甲子園グラウンド　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）） |
| 怪我発生状況説明 | 具合的に記述してください。（いつ、誰と、どこで、何を、どうしたか） |
| 診断結果 | 傷病部位：傷 病 名：全治期間： |
| 受診病院名（正式名称） |  | 初受診日： |