YEG サッカー大会（ケガ）事故報告書

ご報告日	西暦　　年　　月　　日
事故発生日	西暦　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃
事故発生場所	住所：〒
被保険者（おけがをされた方）	氏名（ふりがな）： 生年月日：　西暦　　年　　月　　日　　歳　（男・女） 住所：〒 電話番号：　　携帯：
事故状況	図 右　　左 受傷箇所に○をしてください
傷害・治療の内容（わかる範囲でお書きください）	おけがをされた体の部位
	頭・額・眼・歯・首・肩・胸・腹・脊柱・腰・臀部　（右・左）腕（手指以外）・（右・左）手指 その他（　　）　（右・左）足（手指以外）・（右・左）足指
	おけがの状態
	打撲・切り傷・すり傷・捻挫・じん帯損傷・骨折・脱臼・火傷・その他（　　）
	病院名：病院住所 病院電話　　－　　－
	見込み：入院　　／　　より（　　日位）
	通院　　／　　より（　　日位）
	ギプス固定　　有　・　無

傷害保険対応の病院等につきましては、医師または柔道整復師による治療・施術のみが対応です。