

①

学研災Skettbookアプリからの事故受付の登録が完了した方は✓。まだの方は登録をしてください。

②

事故状況について、詳細に記入してください。

③

- 本報告書は基本的に治療が完了してから提出するものです。つきましては、「治療は完了している」の欄に記載してください。「治療中」に記載いただく方は、3月以降に学生課へ本用紙を提出する予定の卒業年次生のみです。
- 所定のギプスを利用していた方は、みなし通院としてギプスの着用期間を通院日数に含めることができます。ここには**実際の通院日数とギプスの着用期間の合計日数を記入**してください。

①

チェック 学研災 Skettbookアプリから事故通知の入力を完了しました。 整理番号

負傷事故報告書

提出日 年 月 日

学生部長殿

下記のとおり事故が発生しましたのでご報告します。

記

負傷者 (報告者)	学生番号	氏名	◎	
	住所	自宅・下宿 Phone		
区 分	正課中	科目	担当教員	曜日
	学校行事中	行事名		
	課外活動中	団体名		
	その他	通学中・大学施設内にいる間・施設間移動中（あてはまるものを○で囲む）		
事故について	日時	年 月 日 () 時 分頃	発生場所	
	ケガの内容 (傷病名)			
	病院名	住所	Phone	

②

事故の詳細（現在までの状況を詳しく記入してください）

③

治療状況	治療中	通院見込み日数 日、入院見込み日数 日
	治療は完了している ※裏面の入院記録も記入してください。	通院日数 日、入院日数 日

(治療が完了されている方へ) 見舞金支給金の請求について 請求する 請求しない

④

学校証明書	印	負傷者との関係	1.担当教員 2.学校職員 3.その他 ()
-------	---	---------	-------------------------

⑤

※すでに治療が完了し、見舞金支給対象になる場合は、見舞金の振込先口座を記入してください。なお、負傷者本人以外の口座名義を指定した場合は、領収書を提出していただきます。

銀行名	銀行	支店名 (出張所名)	支店・出張所
口座種別 口座番号	普通/総合 当座		口座名義 (カタカナ)

以下は記入しないでください。

見舞金	円	入院加算金	円	合計支給額	円
-----	---	-------	---	-------	---

本件事故報告について、学生死亡等における連絡および見舞金、香典、慰問金の事務取扱要領に基づき、上記見舞金を支給してよろしいか。

学生部長	学生部次長	学生部次長	課長	係長	係	受付日
						起票日

以下の教員の署名・捺印が必要です。

- 課外活動中の怪我：
クラブ部長
- 正課（授業中）：
その授業の担当教員
- 学校施設内にいる間（課外活動中・正課中の怪我を除く）：
指導教員
- 学校行事：
学生課へご相談ください。

④

⑤

通院日数が7日以上の方は見舞金（大学から学生へお支払いするもの）の請求ができます。該当の方は記入してください。



注意事項が記載されています。必ず読んでください。

⑥

実際に通院・入院した日付に印をうってください。証拠書類として領収が必要となります。領収書がない場合は通院日数にカウントすることができません。

<入院・通院記録>

入院した日に×印、通院した日に○印（および△印、□印）を記入してください。また、受傷部を器具等で固定していた場合、固定具の使用状況も記入してください。
 ※入院・通院日数の合計が31日以上の場合は、31日以降の入院・記録を記載する必要はありません。
 ※1日に複数の病院に通院した場合でも、治療日数は1日とカウントします。
 ※文書作成料（主に診断書）のみの要件で受診した場合は、治療日数にカウントされません。

⑥

(4)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		5日
(5)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		1日
(6)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		3日
(7)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		1日
(8)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		2日
(9)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		2日
(10)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		2日
(11)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	月計
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		1日
入院(×)	年 月 日 ~ 年 月 日まで _____ 日間																
通院	2022年 4月 1日 ~ 2022年 11月 22日まで 実際に通院した日数は _____ 17 _____ 日間																

⑦

医療機関	名称	キリスト総合病院	担当医氏名	鈴木 太郎
①(○)	所在地	〒123-4567 ●●●	Phone 052-999-9999	
医療機関	名称		担当医氏名	
②(△)	所在地		Phone	
医療機関	名称		担当医氏名	
③(□)	所在地		Phone	
固定具を使用した場合	固定器具名称:	_____		
	装着期間:	年 月 日 ~ 年 月 日まで _____ 日間		
	<input type="checkbox"/> 以下の条件に当てはまる（保険会社等に）確認済である ※いずれか1つでも当てはまらない場合は、みなし通院の対象外となる。			
	1. 対象の部位であること 長管骨または脊柱、長管骨に接続する上肢または下肢の三大関節部分、肋骨または肋骨、頸骨または頸関節 2. 対象の固定器具であること ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、創外固定器、副子・シーネ・スプリント固定、PTBキャスト、PTB プレース、綿副子等およびハローベスト 3. 診断書に上記1. の部位の骨折、脱臼、靭帯損傷等により2. の固定器具を装着した旨の医師の証明が記載されており、かつ、診療報酬明細書に2. の固定器具の装着に関する記載がなされていること			

⑦
 該当のギプスを着用していた場合はみなし通院の対象となりますので、通院日数に含めることができます。

(上記⑥の表には記入する必要はありません。)

ここに記載されている条件に当てはまらない場合は、みなし通院の対象外となります。その場合は特に記載いただく必要はありません。