第７号様式

事　故　報　告　書

青森県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 施設名

代表者

　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日までの災害支援ナースによる災害支援

ナース活動において、下記のとおり事故傷病（死亡）者が発生しましたので報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | | | | 性別 | | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 自宅住所 |  | | | | | | | | | | | |
| 職　種 |  | | 勤務先 | | |  | | | | | | |
| 活動場所 |  | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 名 |  | | | | | | 程度 | | 重症　　中等症　　軽症 | | | |
| 外来（　　月　　日） | | | | 医療機関名 | | |  | | | | | |
| 入院（　　月　　日） | | | | 医療機関名 | | |  | | | | | |
| 受傷（発病） | | 日　時 | | | 年　　月　　日　　　　　時　　　分 | | | | | | | |
| 場　所 | | |  | | | | | | | |
| 死　　亡 | | 日　時 | | | 年　　月　　日　　　　　時　　　分 | | | | | | | |
| 場　所 | | |  | | | | | | | |
| 事故発生時の状況 | | | | | | | | | | | | |

注）職種には、保健師、助産師、看護師、准看護師の別を記入してください。