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。