

# LEWIS UNIVERSITY

## Club Sports

### Accident Report

<b>Name</b>		
<b>Address</b>		
<b>City/State/Zip</b>		
<b>Phone</b>	<b>DOB</b>	<b>Sex</b>
Please Check One <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Faculty/Staff <input type="checkbox"/> Spectator <input type="checkbox"/> Other (Specify):		

<b>Date</b>	<b>Time</b>	<b>Weather</b>
<b>Sport/Activity</b>		
<b>Venue</b>		
<b>Team</b>	<b>Team Contact</b>	
<b>Position</b>	<b>Contact Phone</b>	

Type of Injury																																																																																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">L</td><td></td><td style="text-align: center;">R</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Abdomen</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ankle</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Arm</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ear</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Elbow</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Eye</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Foot</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	L		R		<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ankle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Arm	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ear	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Elbow	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Eye	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Foot	<input type="checkbox"/>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">L</td><td></td><td style="text-align: center;">R</td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Hand</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Hip</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Knee</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Shoulder</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Shin</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Thigh</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Wrist</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table>	L		R		<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hip	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Knee	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Shoulder	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Shin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Thigh	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Wrist	<input type="checkbox"/>		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Back</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Chest</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Face</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Finger</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Groin</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Head</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Jaw</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Back	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	Face	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	Groin	<input type="checkbox"/>	Head	<input type="checkbox"/>	Jaw	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Mouth</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Neck</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Nose</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Teeth</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Toe</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tongue</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Mouth	<input type="checkbox"/>	Neck	<input type="checkbox"/>	Nose	<input type="checkbox"/>	Teeth	<input type="checkbox"/>	Toe	<input type="checkbox"/>	Tongue	<input type="checkbox"/>	_____
L		R																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Ankle	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Arm	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Ear	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Elbow	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Eye	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Foot	<input type="checkbox"/>																																																																																													
L		R																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Hip	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Knee	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Shoulder	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Shin	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Thigh	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Wrist	<input type="checkbox"/>																																																																																													
<input type="checkbox"/>	Back																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Chest																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Face																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Finger																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Groin																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Head																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Jaw																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Mouth																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Neck																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Nose																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Teeth																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Toe																																																																																														
<input type="checkbox"/>	Tongue																																																																																														
<input type="checkbox"/>	_____																																																																																														

<b>Narrative</b> _____	
<b>Prepared By</b>	<b>Date</b>

<b>Follow-up Information</b> _____	
<b>Reviewed By</b>	<b>Date</b>