

④ 「Will」 針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書

(実習中・学生専用)

◇この事故報告書は郵送ではなくFAXにてご送付いただき、原本は控えとしてお手元に保管してください。

★：必須記入 ☆：被保険者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 20 年 4 月 22 日

★被保険者	※おケガ(感染事故)をされた方の情報をご記入ください。	生年月日：(西暦) 2001 年 4 月 10 日
	フリガナ：イリョウ モモコ	(男・ <input checked="" type="radio"/> 女) 年齢：19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：医療 桃子	学科：看護 学年：1 年
	TEL：090-0000-0000	
住所：〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室		

★親権者	※被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。	被保険者との関係：(<input checked="" type="radio"/> 父・母・その他())
	フリガナ：イリョウ イチロウ	
	親権者氏名：医療 一郎	
	親権者住所：〒000-0000	TEL：000-0000-0000
00県00市001丁目00-000		

★事故(ケガ)状況	事故日：(西暦) 20 20 年 4 月 17 日 金 曜日	時間：(午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後) 2 時 30 分頃
	事故場所：東京 <input checked="" type="radio"/> 道 <input checked="" type="radio"/> 府 <input checked="" type="radio"/> 中央 <input checked="" type="radio"/> 区 <input checked="" type="radio"/> 市	
	実習施設名：宇井留病院	
	※どのようにケガ(感染事故)をされたのか、詳しくご記入ください。	
患者さんが使用した後の針を片付ける際、誤って指に刺してしまった。 感染の恐れがあるため、検査をするように実習先の医師から指示された。		
実習先の医師等から検査・予防措置の指示はありましたか？(<input checked="" type="radio"/> はい・いいえ)		
(いいえの場合、支払い条件を満たさないため補償対象外)		

★治療状況	※初診日必須 = 入院・通院どちらか開始日(初診日)を必ず記入してください。	※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	病院名：宇井留病院
	通院(見込み・確定) 4 月 16 日 ~ 月 日	担当医師名：山田 すずむ
	◇針刺し事故での傷害通院日額の対応は、傷の治療に基づくため、原則 [事故日当日] に通院した1日分のみの対応となります。	
感染症(疑)名：針刺し・感染疑い	部位：左手	
受診内容：(<input checked="" type="radio"/> 検査)・ <input checked="" type="radio"/> 予防措置・ <input checked="" type="radio"/> 傷の治療	※該当項目に○印	

≪施設(学校)情報・事故確認欄≫ 下記★項目にもれなくご記入・ご捺印をお願いいたします。

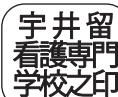
★施設情報	フリガナ：ウイルカングセンモンガッコウ	フリガナ：フクシサチコ
	施設名：宇井留看護専門学校	担当者：福祉 幸子
	(学校名)	
	フリガナ：トウキョウトチュウオウクシンカフ	TEL：03-0000-0000
住所：〒104-0033	※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。	
東京都中央区新川2-22-6		

★ 事故確認欄

上記の事故が発生したことを確認します。

養成施設(学校) 代表者名

宇井留 花子



<引受確認 Will事務局記入欄>

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
-	20 -			教職員	通信30	通信60	研修