

## ①「Will」 傷害 事故報告書

◇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。

◇対応は可能ですが、原則事故日より30日以内のご通知をお願いします。

★：必須記入 ☆：負傷者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 21 年 4 月 22 日

|                                        |                       |                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ★<br>(被<br>保<br>険<br>者)<br>負<br>傷<br>者 | ※おケガをされた方の情報をご記入ください。 | 生年月日：(西暦) 2002 年 4 月 10 日                                                 |
|                                        | フリガナ： イリョウ モモコ        | (男・女) 年齢： 19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入                                          |
|                                        | 氏名： 医療 桃子             | <input type="checkbox"/> 教職員 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 学科：看護 |
|                                        | TEL： 090-0000-0000    | 学年：1 年                                                                    |
| 住所：〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室  |                       |                                                                           |

|                  |                           |                       |
|------------------|---------------------------|-----------------------|
| ★<br>親<br>権<br>者 | ※負傷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：(父・母・その他( )) |
|                  | フリガナ： イリョウ イチロウ           |                       |
|                  | 親権者氏名： 医療 一朗              |                       |
|                  | 親権者住所：〒000-0000           | TEL: 000-0000-0000    |
|                  | 00県00市001丁目00-000         |                       |

|                       |                                                                                                                                                       |                                    |                             |                        |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ★<br>事<br>故<br>(ケガ)状況 | 事故日：(西暦) 20 21 年 4 月 19 日 月曜日                                                                                                                         | 時間：(午前・午後) 8 時 30分頃                | ★<br>ケガをした時間帯に<br>○をつけて下さい。 |                        |
|                       | 事故場所： 東京 都道府県 中央 市区郡 00駅付近                                                                                                                            |                                    |                             | 臨地実習中<br>(在宅実習の移動中を含む) |
|                       | ※どのようにケガをされたのか、<br>急激かつ偶然な状況がわかるように、詳しくご記入ください。                                                                                                       | 受傷時の乗り物：<br>(自転車・バイク・車(徒歩・その他( ))) |                             | 学校⇄実習先 間移動中            |
|                       | 登校中、駅の階段を降りる際に階段を踏み外し<br>左足首をひねってしまった。                                                                                                                |                                    |                             | 自宅⇄実習先 間移動中            |
|                       | ◇傷害事故報告の場合、「②補足資料-賠償事故状況図」のご提出は不要です。<br>◇相手がある傷害事故の時、相手からの請求については、「②賠償(個人賠償責任保険)」で対応できる事もあります。<br>ただし、ご自身の乗り物が自動車・バイクなどのエンジン付きの場合、賠償はWillの補償対象外になります。 |                                    | ○登校中 下校中                    |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | 休み時間 学内演習中                  |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | 放課後 学校行事中                   |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | 授業中(体育以外)                   |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | 体育の授業中                      |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | 部活・サークル活動中                  |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | プライベート                      |                        |
|                       |                                                                                                                                                       |                                    | その他                         |                        |

|                       |                                             |                             |
|-----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| ★<br>治<br>療<br>状<br>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 19 日 ~ 月 日                   | 担当医師名： 山田 すすむ               |
|                       | 後遺障害(見込み)：(あり・なし) ← 報告時にご不明の場合は、未記入でかまいません。 |                             |
|                       | 傷病名： 打撲・骨折・むち打ち・捻挫 靱帯損傷                     | 部位： 頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足 |
|                       | 脱臼・火傷・その他(すり傷)                              | 右手・左手・その他( )                |

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

|                                         |                                        |                                                               |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| ★<br>施<br>設<br>情<br>報                   | フリガナ： ウイルカンゴセンモンガッコウ                   | 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ワ                 | 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。<br>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                         |                                                               |
| ★<br>事<br>故<br>確<br>認<br>欄<br>(該当項目に○印) | 上記事故は実習中に発生したことを確認します。                 | 上記の事故が発生したことを確認します。                                           |
|                                         | ○ 上記事故は学校管理下に発生したことを確認します。             |                                                               |
|                                         | 上記事故は実習中・学校管理下以外のプライベート中に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                   | 宇井留看護専門学校之印                                                   |

&lt;引受確認 Will事務局記入欄&gt;

| 整理No. | 加入者証番号 | 受付No. | 学校ID | Will1 | Will2 | Will3 | Will3DX |
|-------|--------|-------|------|-------|-------|-------|---------|
| -     | 21 -   |       |      | 教職員   | 通信30  | 通信60  | 研修      |