

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。

★：必須

報告日：(西暦) 20 ×× 年 ○○ 月 ○○ 日

おケガをされた方に関する記入欄になります。自筆じゃなくても構いません(代筆可)。

★ 負傷者 (被保険者)	※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) 20××年 ××月 ××日
	フリガナ： イリョウ モモコ	年齢： ×× 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
	氏名： 医療 桃子	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 研修用 <input checked="" type="checkbox"/> 学生 学科： 看護
	TEL： 090-0000-0000	学年： 2年
	住所：〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇 〇〇〇号室	

負傷者が18歳未満の場合は、必ず親権者欄にご記入をお願いします。

★ 親権者	※負傷者が未成年者の場合は、この欄もご記入ください。	フリガナ： _____	被保険者との関係：(父・母・その他( ))
	親権者氏名： _____		
	親権者住所：〒 _____	TEL： _____	

★ 事故(ケガ)状況	事故日：(西暦) 20××年 ○○ 月 ○○ 日 △曜日	時間：(午前・午後) 8時 30分頃	★ケガをした時間帯に○をつけて下さい。
	事故場所： 東京 〇〇 駅付近		臨地実習中 (在宅実習の移動中を含む)
	受傷時の乗り物：(車・バイク・自転車)		自宅⇔実習先 間移動中
	何をしている時	駅の階段を下りる際に	学校⇔実習先 間移動中
	何が起きて	階段を踏み外し	<input checked="" type="checkbox"/> 登校中 <input type="checkbox"/> 下校中
	どのようになったか	左足首をひねってしまった。	休み時間 <input type="checkbox"/> 校内演習中
	今回のケガは、脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたものですか。(はい・いいえ)		放課後 <input type="checkbox"/> 学校行事中
	過去のケガは、脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガで医師の治療を受けたことがありますか。(はい・いいえ)		授業中(体育以外) <input type="checkbox"/>
			体育の授業中 <input type="checkbox"/>
			部活・サークル活動中 <input type="checkbox"/>
			プライベート <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>

初診日を記入し、治療継続中の場合は「見込み」に○をつけてください。

★ 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) ○○ 月 ○○ 日 ~ 月 日	担当医師名： 山田 すずむ
	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・靭帯損傷	部位： 頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足	
	脱臼・火傷・その他( )	右手・左手・その他( )

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

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

★ 施設情報	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
	住所：〒 104-0033 東京都中央区新川2-2-2	TEL： 03-0000-0000
	※ 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。	
★ 事故確認欄	上記事故は実習中(自宅⇔実習先の道中含む)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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 上記事故は学校管理下(登下校中含む)に発生したことを確認します。	養成施設(学校) 代表者名 校長 宇井留 花子
	上記事故は実習中・学校管理下以外の時間帯に発生したことを確認します。	宇井留看護専門学校之印

事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
			教職員	通信30	通信60	研修
保険会社の担当者からの連絡は(代理店・施設担当者・被保険者)へ						