

(株)メイプランニングオフィス

「Will」事務局 行き

FAX:0120-782279

⑤ 傷害を伴わない感染

⑤ 「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書

(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

報告日：(西暦) 20 ××年 ○○月 ○○日

★ 被 保 険 者	※感染事故にあわ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： イリヨウ 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	学科： 看護 学年： 2年
	TEL： 090-0000-0000 住所：〒 000-0000 東京都○○区○○1-2-3 000 000号室	

☆ 親 権 者	※被保険者が未成年者の場合は、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：	
	親権者氏名：	
	親権者住所：〒	TEL：

★ 事 故 状 況	事故日：(西暦) 20××年 ○○月 ○○日 △曜日	時間：(午前・午後) 2時 30分頃	
	事故場所： 東京 都 府・県 中央 区 市 郡		
	実習施設名： 宇井留病院		
	※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。 実習中、受け持ちの患者さんがインフルエンザに罹っていたことが分かった。 濃厚接触をしていたため実習先の医師の指示で検査を受けた。 感染はしていなかったが予防薬としてタミフルを処方された。		
	検査結果(陽性・陰性)		
	実習先で感染症の症状のある人と接触しましたか	【はい 患者・病院スタッフ・グループメンバー・その他()・いいえ】	
	上記質問で「いいえ」の場合、今回感染が疑われる感染症は実習施設内で蔓延していましたか	【はい・いいえ】	
	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	【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) ○○月 ○○日 ~ 月 日	担当医師名： 山田 すずむ
	◇[傷害を伴わない感染事故]の場合、治療部分および入・通院日額は、補償対象外です。	
感染症(疑)名： インフルエンザ感染疑い	部 位：	
受診内容：(検査・予防措置・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。

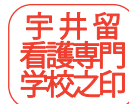
★ 施 設 情 報	フリガナ： ウイルカンゴセンモンガッコウ	フリガナ： フクシサチコ
	施設名： 宇井留看護専門学校	担当者： 福祉 幸子
	(学校名)	
	フリガナ： トウキョウトチュウオウクシンカフ	TEL： 03-0000-0000
住 所： 〒104-0033		
東京都中央区新川2-22-2	※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。	

★ 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

校長 宇井留 花子



事務局記入	整理No.	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX	⑤傷害を伴わない
			教職員	通信30	通信60	研	

sample 5