

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)

保険種目: 一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
総合生活保険 (傷害補償・こども総合補償)

◇この事故報告書は郵送でなく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 18 年 4 月 14 日

★ 被 保 険 者	おケガ(感染事故)をされた方の情報を記入ください。 生年月日: (西暦) 1999 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
	住所: 〒 000-0000 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室 TEL: 090-0000-0000

☆ 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。
フリガナ: イリョウ イチロウ	被保険者との関係: <input checked="" type="radio"/> 父 母 其他( )
氏名: 医療 一朗	TEL: 000-0000-0000
住所: 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇	

★ 事 故 ( ケ ガ ) 状 況	事故日: (西暦) 20 18 年 4 月 13 日 金曜日 時間: 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 2 : 30 頃
	事故場所: 東京 <input checked="" type="radio"/> 道 <input checked="" type="radio"/> 中央 <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、検査をするように指示された。

★ 治 療 状 況	※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日(初診日)を必ず記入してください	※複数記入可 病院名: 宇井留病院
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名: 山田 すずむ
	通院(見込み・確定) 4 月 13 日 ~ 月 日	※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、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。
傷病名: 針刺し・感染疑い	部位: 左手	

<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 (学校名)	担当者: 福祉 幸子
	フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ 住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川2-22-6	TEL: 03-0000-0000
★ 事故確認欄 上記の事故が発生したことを確認します。		宇井留 看護専門 学校之印
養成施設(学校) 代表者名	宇井留 花子	

<引受確認欄> 共済制度事務局使用

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