

⑤ 「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書

(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(こども総合補償)

◇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 19 年 4 月 22 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) 2000 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: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室 TEL: 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	

☆ 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: 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇	TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

★ 事 故 状 況	事故日: (西暦) 20 19 年 4 月 19 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 中央 <input checked="" type="radio"/> 市	
	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担当者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。	

★ 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
	<input checked="" type="radio"/> 通院(<input checked="" type="radio"/> 見込み・確定) 4 月 19 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、検査・予防のための通院日額は、対象外となります。	
感染症(疑)名: インフルエンザ感染疑い		部 位:
受診内容: (<input checked="" type="radio"/> 検査)・(<input checked="" type="radio"/> 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。

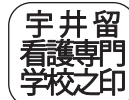
★ 施 設 情 報	フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ	フリガナ: フクシサチコ
	施設名: 宇井留看護専門学校	担当者: 福祉 幸子
	フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカフ	TEL: 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所: 〒 104-0033 東京都中央区新川2-22-6	※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。

★ 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

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
-	19 -			教職員	通信30	通信60	研修

⑤ 傷害を伴わない感染