

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)

◇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 22 年 4 月 22 日

★ 被 保 険 者	※おケガ(感染事故)をされた方の情報をご記入ください。	生年月日: (西暦) 2005 年 4 月 10 日
	フリガナ: イリヨウ モモコ	(男・ <input checked="" type="radio"/>) 年齢: 17 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
	TEL: 090-0000-0000	
住所: 〒 000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室		

☆ 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"/>) 母 ・ その他()
	フリガナ: イリヨウ イチロウ	
	親権者氏名: 医療 一郎	TEL: 000-0000-0000
親権者住所: 〒 000-0000 00県00市001丁目00-000		

★ 事 故 (ケ ガ) 状 況	事故日: (西暦) 20 22 年 4 月 15 日 金曜日	時間: (午前・ <input checked="" type="radio"/>) 2 時 30 分頃
	事故場所: 東京 ^都 道 _府 中央 ^区 市 _郡	
	実習施設名: 宇井留病院	
	※どのようにケガ(感染事故)をされたのか、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、検査をするように実習先の医師から指示された。		
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? (<input checked="" type="radio"/>) はい ・ いいえ)		
(いいたの場合、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
	(<input checked="" type="radio"/>) 通院(見込み・確定) 4 月 15 日 ~ 月 日	担当医師名: 山田 すずむ
	◇注射針等の針刺し事故の場合、傷害通院日額の対応は【事故日当日】と【事故日翌日】に実際に通院した最大2日分までです。	
感染症(疑)名: 針刺し・感染疑い		部 位: 左手
受診内容: (<input checked="" type="radio"/>) 検査 ・ 予防措置 ・ (<input checked="" type="radio"/>) 傷の治療 ※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。

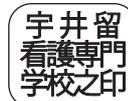
★ 施 設 情 報	フリガナ: ウイルカンゴセンモンガッコウ	フリガナ: フクシサチコ
	施設名: 宇井留看護専門学校	担当者: 福祉 幸子
	(学校名)	TEL: 03-0000-0000
	フリガナ: トウキョウトチュウオウクシンカワ	
住所: 〒 104-0033		※ 保険会社より施設のご担当者様宛に保険金の請求書類をご送付いたします。 部署名等必要な場合は、必ずご記入ください。
東京都中央区新川2-22-6		

★ 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



事務局記入	整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID	Will1	Will2	Will3	Will3DX
	-	22 -			<input checked="" type="checkbox"/> 教職員	<input checked="" type="checkbox"/> 通信30	<input checked="" type="checkbox"/> 通信60	<input checked="" type="checkbox"/> 研修

④ 傷害を伴う感染