

(株)ディクランニングオフィス
「Will」事務局 行き FAX:0120-782279

2023年度用
① 傷害

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 23 年 4 月 22 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。

★ 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) 2004 年 4 月 10 日
	フリガナ：イリウモモコ		(男・女) 年齢：19 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
	氏名：医療 桃子		☐ 教職員 ☒ 学生 学科：看護
	TEL：090-0000-0000		☐ 研修用 学年：1 年
住所：〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室			

★ 親権者	※負傷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：(父・母・その他())
	フリガナ：イリウイチロウ		
	親権者氏名：医療 一郎		
	親権者住所：〒000-0000 00県00市001丁目00-000		TEL：000-0000-0000

★ 事故 (ケガ) 状況	事故日：(西暦) 20 23 年 4 月 17 日 月 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 都 府 県 中央 区 市 郡 00 駅付近	○ 登校中 下校中		
	受傷時の乗り物：(車・バイク・自転車)	○ 学校⇄実習先 間移動中		
	脳疾患、疾病または心神喪失によって生じたケガですか？ (はい・いいえ)	○ 自宅⇄実習先 間移動中		
	何をしていた時	駅の階段を降りる際に	○ 休み時間	校内演習中
	何が起きて	階段を踏み外し	○ 放課後	学校行事中
どのようになったか	左足首をひねってしまった。	○ 授業中(体育以外)	○ 体育の授業中	
		○ 部活・サークル活動中	○ プライベート	
		○ その他		

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)	4 月 17 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・靱帯損傷		部位：頭・歯・首・肩・胸・腰・右腕・左腕・右足・左足	
脱臼・火傷・その他(すり傷)		右手・左手・その他()	

＜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。

養成施設で記入・捺印していただく欄になります。

★ 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ワ	TEL：03-0000-0000
	住所：〒104-0033 東京都中央区新川2-2-2-6	※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 (該当項目に○印)	上記事故は実習中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。
	○ 上記事故は学校管理下に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
	上記事故は実習中・学校管理下以外のプライベート中に発生したことを確認します。	

事務局記入	整理No. 23 -	Will	Will1	Will2	Will3	Will3DX
			教職員	通信30	通信60	研修

① 傷害

宇井留
看護専門
学校之印