

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 23 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) 2004 年 4 月 10 日

フリガナ：イリョウ 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

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。

フリガナ：イリョウ イチロウ

被保険者との関係：(父・母・その他)

親権者氏名：医療 一郎

親権者住所：〒000-0000

TEL：000-0000-0000

00県00市00 1 丁目00-000

★事故状況

事故日：(西暦) 20 23 年 4 月 14 日 金 曜日 時間：(午前・午後) 2 時 30 分頃

事故場所：東京 都 府 中央 区 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。

感染症の症状のある誰と濃厚接触しましたか？ (患者・病院スタッフ・グループメンバー・その他)

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。

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 14 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：(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

施設名：宇井留看護専門学校

フリガナ：フクシサチコ

(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ワ

住所：〒104-0033

TEL：03-0000-0000

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

養成施設(学校) 代表者名

上記の事故が発生したことを確認します。

宇井留 花子

宇井留看護専門学校之印

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

⑤ 傷害を伴わない感染