

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××年 〇〇月 〇〇日

★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) 20××年 ××月 ××日
フリガナ: イリヨウ モモコ
年齢: ××歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
氏名: 医療 桃子
学科: 看護
学年: 2年
TEL: 090-0000-0000
住所: 〒 000-0000
東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇 〇〇〇号室

★親権者
※被保険者が未成年者の場合は、この欄もご記入ください。
フリガナ:
被保険者との関係: (父・母・その他())
親権者氏名:
親権者住所: 〒
TEL:

★事故(ケガ)状況
事故日: (西暦) 20××年 〇〇月 〇〇日 △曜日
時間: (午前・午後) 2時 30分頃
事故場所: 東京都 中央区
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。
患者さんに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? (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
通院(見込み・確定) 〇〇月 〇〇日 ~ 月 日
※複数記入可
病院名: 宇井留病院
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: (検査)・予防措置・(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: ウイルカゴセンモンガッコウ
施設名: 宇井留看護専門学校
(学校名)
フリガナ: フクシサチコ
担当者: 福祉 幸子
フリガナ: トウキョウトチュウオウクシカワ
住所: 〒104-0033
東京都中央区新川2-22-6
TEL: 03-0000-0000
※ 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 校長 宇井留 花子
宇井留看護専門学校之印

Table with 6 columns: Will, Will1, Will2, Will3, Will3DX. Will1: 教職員, Will2: 通信30, Will3: 通信60, Will3DX: 研修

④ 傷害を伴う感染