

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 年 月 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。
フリガナ：
氏名：
TEL：
住所：〒
生年月日：(西暦) 年 月 日
年齢： 歳 → 未成年(18歳未満)の場合、★親権者欄も記入
学科：
学年：

★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：
親権者氏名：
親権者住所：〒
被保険者との関係：(父・母・その他())
TEL：

★事故状況
事故日：(西暦) 20 年 月 日 曜日
時間：(午前・午後) 時 分頃
事故場所： 都・道 区・市 府・県 郡
実習施設名：
※感染事故の状況を、詳しくご記入ください。
検査結果(陽性・陰性)
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
通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日
◇[傷害を伴わない感染事故]の場合、治療部分および入・通院日額は、補償対象外です。
※複数記入可
病院名：
担当医師名：
感染症(疑)名：
受診内容：(検査・予防措置・治療) ※該当項目に○印
部位：

<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：
施設名：(学校名)
住所：〒
フリガナ：
住所：〒
フリガナ：
担当者：
TEL：
※ 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 (印)

Table with 6 columns: Will1, Will2, Will3, Will3DX, 整理No., Will. Includes checkboxes for Will1, Will2, Will3, Will3DX and Will1, Will2, Will3, Will3DX.

⑤ 傷害を伴わない感染