（株）ﾒﾃﾞｨｸﾌﾟﾗﾝﾆﾝｸﾞｵﾌｨｽ
「Will」事務局　行き　FAX:0120-782279

⑤ 傷害を伴わない感染

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。
ﾌﾘｶﾞﾅ:
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 カ ゛ 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 府・県　区・市 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 ）

実習先で感染症の症状のある人と接触しましたか 【 はい（ 患者 ・ 病院スタッフ ・ グループメンバー ・ その他(　)・ いいえ 】

上記質問で「いいえ」の場合、今回感染が疑われる感染症は実習施設内で蔓延していましたか【 はい・いいえ 】

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

※複数記入可
病院名:
担当医師名:

◇［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。

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

ﾌﾘｶﾞﾅ:
施設名 :
(学校名)
ﾌﾘｶﾞﾅ:
住 所 : 〒

ﾌﾘｶﾞﾅ:
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　　㊞

事務局記入	整理No.	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