

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)

保険種目： 一般社団法人日本看護学校協議会共済会 総合生活保険 (傷害補償・子ども総合補償)

引受確認欄*保険会社が記入

◇この事故報告書は郵送でなく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。

Table with columns: 整理No., 加入者証番号, 受付No., 学校ID, Will1, Will2, Will3, Will3DX, 通信, 研修

報告日： (西暦) 20 年 月 日

★ 必須記入 ☆ 被保険者が未成年の場合記入

★ 被保険者 section: おケガ(感染事故)をされた方の情報を記入ください。生年月日: (西暦) 年 月 日 性別: 男・女 ※年齢: 歳 学年: 学科: 住所: 〒 TEL:

☆ 親権者 section: 被保険者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。氏名: 住所: 〒 被保険者との関係: 父・母 その他() TEL:

★ 事故(ケガ)状況 section: 事故日: (西暦) 20 年 月 日 曜日 時間: 午前・午後 : 頃 事故場所: 都・道 区・市 府・県 郡 実習施設名: ※どのようにケガ(感染事故)をされたか、詳しくご記入ください。

★ 治療状況 section: ※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日(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 病院名: ※複数記入可 担当医師名: ※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、原則[事故日当日]に通院した1日分のみの対応となります。 傷病名: 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 section: 施設名: (学校名) 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



④ 傷害 伴う感染