

④ 「Will」 針刺し事故等傷害を伴う感染事故報告書  
(損害保険・共済制度兼用)

(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  
傷害保険・学生生徒総合保険

◇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。

引受確認欄\*保険会社が記入

整理No.	加入者証番号	受付No.	学校ID
-	17-		
Will1	Will2	Will3	Will3DX
		通信	研修

報告日: (西暦) 20 17 年 4 月 14 日

★必須記入 ☆被保険者が未成年の場合記入

★ 被 保 険 者	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) 1998 年 4 月 10 日
	フリガナ: イリョウ モモコ 男・ <input checked="" type="radio"/> 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: 1 年 学年: 看護
	住所: 〒000-0000 東京都00区001-2-3 000アパート0号室
	TEL: 090-0000-0000

☆ 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: <input checked="" type="radio"/> 父・母 その他( )
氏名: 医療 一郎	TEL: 000-0000-0000
住所: 〒000-0000 00県00市001丁目00-000	

★ 事 故 ( ケ ガ ) 状 況	事故日: (西暦) 20 17 年 4 月 13 日 木曜日 時間: 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 2 : 30 頃
	事故場所: 東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道 中央 <input checked="" type="radio"/> 区・市
	実習施設名: 宇井留病院 ※どのようにケガ(感染事故)をされたか、詳しくご記入ください。  患者さんが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。

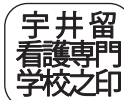
★ 治 療 状 況	※初診日必須 = 入院・通院どちらかの開始日(初診日)を必ず記入してください	※複数記入可
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	病院名: 宇井留病院
	通院(見込み・確定) 4 月 13 日 ~ 月 日	担当医師名: 山田 すすむ
※針刺し事故での傷害通院日額の対応は、原則[事故日当日]に通院した1日分のみの対応となります。		
傷病名: 針刺し・感染疑い		部 位: 左手

《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	フリガナ: フクシサチコ
	施設名: 宇井留看護専門学校 (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フ 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 宇井留 花子



④ 傷害  
伴う感染