

⑤「Will」 傷害を伴わない感染事故報告書

(実習中・学生専用)

(損害保険・共済制度兼用)

保険種目：一般社団法人日本看護学校協議会共済会  
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-		

報告日：(西暦) 20 17 年 4 月 15 日

★必須記入 ☆被保険者が未成年の場合記入

★ 被 保 険 者	感染事故にあわ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	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	※年齢：19 歳	→未成年の場合、★親権者欄も記入
	フリガナ：イリョウ モモコ			
	氏名：医療 桃子		学科：1 年	学年：看護
	住所：〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室			
TEL:090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

☆ 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 一朗	
住所：〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1丁目〇〇-〇〇〇	TEL：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

★ 事 故 状 況	事故日：(西暦) 2017 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	
	※感染事故の状況を詳しくご記入ください。 実習中、受け持ちの患者さんがインフルエンザに罹って いたことが分かった。 濃厚接触をしていたため実習担当者の指示で検査を受けた。 感染はしていなかったが予防薬としてタミフルを処方された。	

★ 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	病院名： ※複数記入可 宇井留病院
	入院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日	担当医師名： 山田 すずむ
	通院(見込み・確定) 4 月 13 日 ~ 月 日	
	※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： 感染疑い・予防措置	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： 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	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	TEL：03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	住所：〒 104-0033 東京都中央区新川2-22-6	

※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。	宇井留 看護専門 学校之印
養成施設(学校) 代表者名	宇井留 花子	

⑤傷害伴わない感染