

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ください。

引受確認欄*保険会社が記入

★太枠欄にもれなくご記入ください。

整理No.: -

加入者証番号 : 16-

学校ID: 受付No.:

報告日: 28年4月15日

★負傷者 (被保険者)

フリガナ: カンゴモモコ 生年月日: 昭和・平成 9年 4月 10日
 氏名: 看護 桃子 男・**女** 年齢: 19歳 TEL: 090-0000-0000
 住所: 〒000-0000 □教職員 学生 学科: 看護 学年: 2年
 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇〇アパート〇号室

☆親権者…負傷者が未成年の場合は、この欄もご記入ください。

フリガナ: カンゴイチロウ
 親権者氏名: 看護 一郎 被保険者との関係: **父**・母 その他()
 親権者住所: 〒000-0000 TEL: 000-0000-0000
 〇〇県〇〇市〇〇 1丁目〇〇-〇〇〇

★事故の内容をご記入ください

事故日: 平成28年 4月 13日 水曜日 午前・**午後** 2時 30分頃
 事故場所: 東京 **都**・道 中央 **区**・市 町
 施設名: 宇井留病院
 事故状況: 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。
 実習前にインフルエンザの予防接種は受けていた。

★治療内容をご記入ください

傷病部位:	傷病名: 感染の疑い。検査・予防措置
病院名: 宇井留病院	担当医師名:
入院 (見込み・確定): 月 日 ~ 月 日	後遺障害: 有・無
通院 (見込み・確定): 4月13日 ~ 月 日	(見込み)

◇はじめに病院に行った日(初診日)が入院・通院どちらかの開始日になります。 ◇報告時に不明の場合は、記入なしでかまいません。

「Will」ご加入の養成施設の情報を下記枠内にご記入ください。
養成施設代表者、もしくは実習担当教員のお名前の記入と、ご捺印もお願いします。

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ワ TEL: 03-0000-0000
 施設住所: 〒104-0033
 東京都中央区新川2-2 2-6

※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。
養成施設代表者名 もしくは 実習担当教員名	宇井留看護専門学校 宇井留 花子

