

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)

◇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。

★：必須記入 ☆：被保険者が未成年の場合記入

報告日：(西暦) 20 年 月 日

★被保険者
※おケガ(感染事故)をされた方の情報をご記入ください。
生年月日：(西暦) 年 月 日
フリガナ： (男・女) 年齢： 歳 → 未成年の場合、★親権者欄も記入
氏名： 学科： 学年：
TEL：
住所：〒

☆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： 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(ケガ)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： 沖縄 都・道 区・市 府(県) 郡
実習施設名：
※どのようにケガ(感染事故)をされたのか、詳しくご記入ください。
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 病院名： ※複数記入可
通院(見込み・確定) 月 日 ~ 月 日 担当医師名：
◇針刺し事故での傷害通院日額の対応は、傷の治療に基づくため、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。
感染症(疑)名： 部位：
受診内容：(検査・予防措置・傷の治療) ※該当項目に○印

≪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： チュウブチクイシカイツ ケシカワカンゴセンモンガッコウ
施設名： 中部地区医師会立 ぐしかわ看護専門学校
(学校名) フリガナ： オキナワケンウルマシアザコンブナガオハル
フリガナ： オキナワケンウルマシアザコンブナガオハル
住所：〒904-2201 沖繩県うるま市字昆布長尾原1832-1
TEL： 098-972-4600
※ 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) 中部地区医師会立ぐしかわ看護専門学校
代表者名 (印)

<引受確認 Will事務局記入欄>

Table with 8 columns: 整理No., 加入者証番号, 受付No., 学校ID, Will1, Will2, Will3, Will3DX. Row 1: -, 20 -, , , 教職員, 通信30, 通信60, 研修