

# 病気・事故報告書

受付日	20 年 月 日	担当	
届け人	本人・父・母・友人 その他 ( )	連絡先	TEL ( ) -
書類交付方法	手渡し 郵送 (窓口)・(電話)		

フリガナ			
加入者氏名			
生年月日	19 年 月 日 生まれ		
所属	学部生 院生 留学生 高校生 その他	学部 (学域) 学科 (学類)	年
連絡先住所	〒 - TEL ( ) -		

※は必須項目です

該当種別に○	病 気	①いつ頃から ②どのような症状で ③病名 ④同様な病気は初めてか		左記の4点について記入して下さい。		
	事 故	①何処で何をしていた ②どのような原因で ③怪我の程度・部位は ④同部位の怪我は初めてか				
	死 亡	①どなたが (本人・父母・扶養者) ②死亡年月日 ③どのような原因で ④病気の場合は病名 ※本人死亡の場合は下記も記入				
病気事故の発生日	※ 20 年 月 日		初診日	※ 20 年 月 日	病名	
※ 交通事故の場合	乗り物	バイク ( cc) ・自動車・歩行中・その他 ( )		状況	スポーツ事故の場合	※
日常生活上の事故	※					感染症1・2・3類
入院期間			すでに退院している場合 → ( ) 日間確定 現在入院中 (予定) の場合 → ( ) 日間位の見込み			
手術	あり なし	①手術日 20 年 月 日		②手術日 20 年 月 日		手術名 (手術内容)
通院(事故のみ)	期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		すでに完治している場合 → ( ) 日間確定 現在通院中 (予定) の場合 → ( ) 日間位の見込み		
	固定具使用	あり なし	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		固定が終了している場合 → ( ) 日間確定 現在使用中 (予定) の場合 → ( ) 日間位の見込み	
医療機関名	①		②		③	