

滋賀医科大学長 殿

インシデント・アクシデント リポート (学生用)

報告者： \_\_\_\_\_ 学籍番号： \_\_\_\_\_ 学年： \_\_\_\_\_  
 所 属： 医学科            看護学科            その他  
 連絡先：本人 (TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_)  
           家族 (TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_)

事故の種類	<input type="checkbox"/> 授業中の事故 <input type="checkbox"/> 学内 <input type="checkbox"/> 大学附属病院 <input type="checkbox"/> 学外実習等 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 通学途上の事故 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃			
発生場所				
被害者 <input type="checkbox"/> 報告者本人 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ 氏名	男 ・ 女	年 齢	歳
発生時の状況 被害内容 および その程度				
処置等				
被害者および 家族への説明	<input type="checkbox"/> 説明せず <input type="checkbox"/> _____ 頃に説明する予定 <input type="checkbox"/> 説明の予定はない <input type="checkbox"/> 説明した (内容： _____ )			
学生の保護者 に対する連絡	<input type="checkbox"/> 連絡済 (日時： _____ 月 _____ 日 _____ 頃 誰から誰に _____ ) <input type="checkbox"/> まだ連絡していない			
補償制度等	大学団体加入 ( <input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険 <input type="checkbox"/> 付帯学生生活総合保険) 個人的に加入 ( <input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない)			
発生要因	<input type="checkbox"/> 意識の散漫 <input type="checkbox"/> 知識経験不足 <input type="checkbox"/> 本人の不注意 <input type="checkbox"/> 慣れ <input type="checkbox"/> 事前教育不足 <input type="checkbox"/> 状況把握不足 <input type="checkbox"/> 指導者の不注意 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
責任者の コメント 防止策等	責任者氏名 (自署) _____ 所属等 _____			

(注) 1. 事故が発生した場合の第一報は、電話で行うこと。

勤務時間内：学 生 課 TEL 077 - 548 - 2068・2069・2065 FAX 077 - 548 - 2799

勤務時間外：防災監視室 TEL 077 - 548 - 2773 連絡先の電話番号を伝えること。

(※折り返し学生課の担当者から電話します。)

2. 本届けは、現場責任者を經由して、学生課に提出すること。

3. 次の場合は、報告者本人から、直接、学生課に提出すること。

- ① 急を要する場合で、責任者が不在の場合
- ② 指導等の責任者が存在しないケースの場合