もしも事故が発生したら・・・・

【傷害・疾病　事故報告シート】

担当代理店　株式会社 Revins

貴　社　名	
ご 担 当 者	
ご 連 絡 先	

※事故報告時点で分かる範囲でお書きください（不明点は空欄でも構いません）

1	おケガ・病気をされた方のお名前 （フリガナ）	（　　）
2	おケガ・病気をされた方の 生年月日・性別	年　　月　　日　（ 男 ・ 女 ）
3	おケガ・病気をされた方の職種 （雇入形態）	（ 役員 ・ 従業員 ・ パート/アルバイト ・ 下請/外注 ）
4	事故・病気（入院）はいつですか？	月　　日　　午前 ・ 午後　　時　　分頃 （　就業中 ・ 通退勤途中 ／ 就業外　）
5	事故・病気が起こった場所は どちらですか？	住所： 交差点 ・ 路上 ・ 現場 ・ その他（　　）
6	どのような事故・病気でしたか？ （事故・病気の状況）	
7	お身体のどの部分の おケガ・病気ですか？	頭 ・ 顔 ・ 首 ・ 腕 ・ 指 ・ 脚 その他（　　）
8	どのようなおケガですか？ （傷病名）	打撲 ・ 切傷 ・ 捻挫 ・ 断裂 ・ 骨折 その他（　　）
9	治療を受けた病院名	
10	病院の連絡先住所 （電話）	（　　－　　－　　）
11	初診日	令和　　年　　月　　日
12	入院は必要ですか？ 入院期間はどれくらいですか？	必要 ・ 必要なし （　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）
13	どれくらいの間、 治療が必要ですか？	（　　） 日 ・ 週 ・ 月 くらい

ご連絡ありがとうございました。後日、必要書類をご案内致します。