

介護保険事業者事故報告書

年 月 日

岬町長 様

法人名 _____

事業所名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

管理者氏名 _____ 印

記載者職氏名 _____

サービスの種類				
利用者 (対象者)	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住所		電話番号	
	被保険者番号		要介護度等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
発見時の状況	発生年月日時	年 月 日 () 時 分頃		
	発生場所		第一発見者	
	発見時の状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
事故の概要	事故の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 介護ミス <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所等の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故の内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 発見時の状況 経緯を記載 </div>		

事故発生時の 対 応	対処の方法				
	治療等を行 った 医療機関名	医療機関名			
		所在地			
治療等の 内 容	(診断結果も含めて)				
事故発生後の 対 応	利用者の 状 態	(状態、病状、入院等の有無など)			
	家族等への 報告・説明	家族等の氏名		続柄	
		住 所			
		報告日時	年	月	日 時 分頃
		対応状況			
		家 族 等 の 理 解			
損害賠償等に 関する状況					
再発防止にむ けての今後の 対応					
その他の 特記事項					