

介護保険事業者事故報告書

中間市長様
(保健福祉部介護保険課給付係)

報告年月日： 年 月 日

1 事業所の概要	法人名											
	事業所番号	4	0									
	事業所(施設)名											
	所在地	(〒 -)						電話番号 FAX番号				
	記載者職氏名	(職名)						(氏名)				
	サービス種類	<input type="checkbox"/> 介護給付						<input type="checkbox"/> 予防給付				
(事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 介護予防支援		<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護		<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護					
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		<input type="checkbox"/> その他()					
2 対象者	氏名(フリガナ)・性別	(フリガナ)						(男・女)				
	被保険者番号							要介護度	支(1・2) 介(1・2・3・4・5)			
	生年月日・年齢	(M・T・S)	年	月	日	(歳)	(〒 -)			都・道・府・県		
	住所	郡・市										
	連絡先電話番号							連絡家族等		(続柄)		
3 事故の概要	発生日時	年 月 日			午前・午後		時 分頃					
	発生場所											
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 骨折		<input type="checkbox"/> やけど		<input type="checkbox"/> 感染症・結核						
	(複数の場合は、もつとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼		<input type="checkbox"/> その他の外傷		<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事						
<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷		<input type="checkbox"/> 食中毒		<input type="checkbox"/> その他()								
		死亡に至った場合はその死亡年月日： 年 月 日										
事故の内容												
4 事故発生時の対応	対処の仕方											
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)										
	治療の概要											
	連絡済の関係機関											
5 事故発生後の状況	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況、家族への報告及び説明の内容)										
	家族への連絡日時	年 月 日			午前・午後		時 分頃					
	損害賠償の状況											
再発防止に向けての今後の取組み	(できるだけ具体的に記載すること)											

※ 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。

事故現場見取図

事故当時担当していた職員又は事故を発見した職員の氏名及び職種

備考