

介護保険事業者 事故報告書

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名												
	事業所(施設)名												
	事業所番号												
	所在地										電話番号		
											FAX番号		
	記載者職氏名 サービス種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (事故が発生したサービス) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他()											
2 対象者	氏名・年齢・性別・要介護度・日常生活自立度等	氏名: _____ 年齢: _____ 性別: _____ 要介護度: _____											
	被保険者番号												
	住所	_____											
	サービス提供日	_____年 ____月 ____日											
3 事故の概要	発生日時	_____											
	発生場所	_____											
	事故の種類 (複数の場合は、もつとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷											
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日 平成 年 月 日											
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)											
	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	_____											
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 配食業者 <input type="checkbox"/> その他()											
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院時の有無、その他の利用者の状況)											
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)											
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している。(内容 _____)											
	損害賠償等の状況	_____											
再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)												

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