別記様式

富里市長　あて

介護保険事業者　事故報告書

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　（担当者氏名　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業所の概要 | 事業所（施設名） |  | 事業所番号 |  |
| 所　在　地 |  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 代表者職氏名 |  | 記載者職氏名 |  |
| サービス種別 | □ 介護給付 　　　 □予防給付 |
|  |
| ２　対象者 | 　 |  | 年齢 | 　　歳 | 性別 | 男　女 |
| 住　所 |  | 要介護度 | 支援　１　２介護　１　２　３　４　５ |
| 被保険者番号 |  | サービス提供開始日 | 　年　　月　　日 |
| 保険者名 |  |
| 　　　　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（複数の場合は，最も症状の重いもの１カ所にチェック） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □骨折 | □やけど | □感染症・結核 |
| □打撲・捻挫・脱臼 | □その他の外傷 | □職員の法令違反、不祥事 |
| □切傷・擦過傷 | □食中毒 | □その他（　　　　　　　　） |
| □異食・誤えん |  |  |

 |
|  | 死亡に至った場合はその死亡年月日：　　　　年　　月　　日 |
| 事故の内容（時系列で記載） |  |
| ４事故発生時の対応 | 対処の仕方（時系列で記載） |  |
| 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　事故発生後の対応 | 利用者の状況 | （病状，入院の有無，その他の利用者の状況及び，家族への報告，説明の内容） |
| 損害賠償等の状況 |  |
| ６事故の原因分析及び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） |

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。