

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

印

(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		
				F A X 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	ふり がな 氏 名			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 險 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。