

# 介護保険事業者事故報告書

年 月 日

市（町村）長 様

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_

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 年 月 日 昭和	
	住所	(住所地特例適用者については、前住所についても記入のこと)		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
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
事故の概要	発生年月日時	年 月 日 ( ) 時 分頃			
	発生場所				
	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; width: fit-content;">           発見時の状況 経緯を記載         </div>			

事故時の 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	
		対応状況			
		家族等の 理 解			
損害賠償に 関する状況					
再発防止に 向けての 今後の対応					
その他の 特記事項					