

介護保険事業者 事故報告書（事業者→市町村）

田村市提出用

年 月 日

1 事業所	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 (事故が発生したサービス)	<input type="checkbox"/> 介護給付		<input type="checkbox"/> 予防給付								
	<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							
	<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"/> 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 利用者	氏名・年齢・性別	年 月 日生 歳 性別：									
	被保険者番号等										要介護度
	住所・電話番号									電話番号	
3 事故の概要	発生・発見日時										
	発生・発見場所										
	事故の種別 (複数の場合は、もっとも症状の重いもの1カ所にチェック)	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 感染症・結核							
	<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( )									
<input type="checkbox"/> 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											
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)									
	連絡済の関係機関	家族への連絡	保健所	警察署							
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。