

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											
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。