

介護保険事業者事故報告書

年 月 日

太 子 町 長 様

法人名

事業所名  
(施設名)  
所在地

電話番号

報告者氏名

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                    |      |       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| サービスの種類       | <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<br><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<br><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"/> 認知症対応型共同生活介護<br><input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                    |      |       |
| 対象者<br>(利用者等) | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    | 性別   | 男 ・ 女 |
|               | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    | 生年月日 | 年 月 日 |
|               | 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    | 電話番号 |       |
|               | 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                    | 要介護度 |       |
| 事故の概況         | 発生日時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |      |       |
|               | 発生場所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                    |      |       |
|               | 事故の種別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 利用者の骨折など <input type="checkbox"/> 利用者の死亡<br><input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |       |
|               | 事故の<br>発生経過                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                    |      |       |

|                        |                |               |  |
|------------------------|----------------|---------------|--|
| 事故時の対応                 | 対処の方法          |               |  |
|                        | 治療した<br>医療機関名  | 医療機関名         |  |
|                        |                | 所在地           |  |
|                        |                | 担当医           |  |
|                        | 治療の内容          |               |  |
| 事故後の対応                 | 利用者等の<br>状態    | (状態、病状、入院等など) |  |
|                        | 家族への<br>報告・説明  |               |  |
|                        | 損害賠償に<br>関する経過 |               |  |
| 再発防止に<br>向けての<br>今後の対応 |                |               |  |
| その他の<br>特記事項           |                |               |  |

(注) 記載しきれない場合は、任意の用紙に記載し、添付してください。