介護保険サービス事業における事故報告書

大網白里市長 宛　　年　月　日

1 事業所の概要	事業所(施設)名	事業所番号
		電話番号　ファクス番号
	記載者職氏名	職名　氏名
	報告区分	□第一報(事故報告書の初回提出)　□最終報告 □第　報　(第一報提出日:　年　月　日)
	サービス種類 (事故が発生したサービス)	□介護給付　□予防給付 □居宅介護支援　□訪問介護　□訪問入浴介護　□訪問看護 □訪問リハビリ　□居宅療養管理指導　□通所介護　□通所リハビリ □短期入所生活介護　□短期入所療養介護　□特定施設入居者生活介護　□福祉用具貸与 □特定福祉用具販売　□介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護医療院 □介護予防支援　□小規模多機能型居宅介護　□定期巡回・随時対応型訪問介護看護　□夜間対応型訪問介護 □認知症対応型通所介護　□認知症対応型共同生活介護　□地域密着型通所介護　□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 □複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)　□その他(　)
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢:　性別:　介護度:
	保険者名 (大網白里市以外の場合)	
3 事故の概要	発生日時	年　月　日(　)　午前・午後　時　分　(発生・発見)
	事故の種別	□利用者の死亡　□利用者のケガ　□食中毒 □感染症・結核　□職員の法令違反、不祥事　□その他(　) 死亡に至った場合はその死亡年月日　年　月　日
	事故の内容	(発生(発見時)の状況、原因、ケガ等の内容等)
4 事故発生時の対応	対応状況	
	治療した医療機関	(医療機関名、電話番号等)
	治療の概要	
	連絡済の関係機関	
	親族・保護者等への連絡	
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	
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1)必要事項が記載されていれば事業所独自の連絡票を用いての報告も可能です。

注2)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。

注3)発生時間がわからない場合は、職員が発見した時間としてください。