（報告様式） 　　　　　第１報：令和　　年　　月　　日

　　　　　第２報：令和　　年　　月　　日

介護保険事業者・事故報告書

第１報（発生後速やかに報告）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | 名称 |  | | | ｻｰﾋﾞｽ種類 |  | | |
| 所在地 |  | | | 電話番号 |  | | |
| 報告者 | 職名　　　　　　　　　　 氏 名 | | | | | | |
| 利　用　者 | 氏　名 | （ 男 女 ） | | | 被保険者番号 |  | | |
| 生年月日 | 明･大･昭　 年 　月 　日（　 歳） | | | 要介護度 | 要支援（　）・要介護（　） | | |
| 事故の概要 | 発生日時 | | 平成　　年　　　月　　　日（　　）　　午前・午後　　時　　分　頃 | | | | | |
| 発生場所 | | □居室　□廊下　□トイレ　□食堂　□浴室　□その他（ ） | | | | | |
| 事故種別 | | □転倒　□転落　□誤嚥･異食　□誤薬　□失踪　□食中毒  □感染症等（　　　　　　）　 □その他（　 ） | | | | | |
| 事故結果 | | □通院　□入院　□死亡 | □骨折　□打撲･捻挫　□切傷 □その他（　 ） | | | | |
| 事故発生時の具体的状況 | | | | | | | 報告先 | 報告･説明日時 |
| 医師 | ／　　： |
| 管理者 | ／　　： |
| 担当ＣＭ | ／　　： |
| 家族 | ／　　： |
| 県民局 | ／　　： |
| 市町村 | ／　　： |
|  | ／　　： |
|  | | | | | | | | |

第２報（第１報後２週間以内）

|  |
| --- |
| 事故後の対応 （利用者の状況、家族への対応等）  　損害賠償　□有（□完結　□継続）　□無　　□未交渉 |
| 事故の原因 |
| 再発防止に関する今後の対応・方針 |

注１　介護サービス提供中に事故等が発生した場合に、この報告書を県（所管県民局）に提出してください。

注２　第２報提出時に事故対応が未完結の場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを、今後の対応・方針欄に記載してください。なお、記入欄が不足する場合は、必要に応じ別に記載してください。