

介護保険事業者 事故報告書

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名	(代表者氏名)		
	事業所(施設)名	(管理者氏名)		
	事業所番号			
	所在地	電話番号 FAX番号		
	記載者 職氏名			
2 対象者	介護サービス種類			
	氏名・年齢・性別	年齢： 性別：		
	被保険者番号	サービス提供開始日	年	月 日
3 事故の概要	住所			
	発生日時			
	発生場所			
	事故の種別 (複数の場合はもっとも症状の重いもの)	骨折 打撲・捻挫・脱臼 職員の法令違反・不祥事 その他()	異食・誤嚥 その他の外傷 切傷・擦過傷	感染症・結核 食中毒
	死亡に至った場合はその死亡年月日	： 平成 年 月 日		
4 事故発生時の対応	事故の内容			
	事故の原因			
	対処の仕方			
	治療した医療機関	(医療機関等・住所・電話番号等)		
	治療の概要			
5 事故発生時の対応	家族への連絡状況			
	連絡済関係機関			
	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)		
5 事故発生時の対応	損害賠償等の状況			
	再発防止に向けての今後の取組			

事故について、詳細な記録(介護、看護記録等)や図がある場合は、併せて添付してください。
記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別に記載してください。