# 介護保険事業者　事故報告書

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<br>FAX番号 | | |
| | 記載者　職氏名 | | | |
| | 介護サービス種類 | | | |
| 2 対象者 | 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 |
| | 住　所 | | | |
| 3 事故の概要 | 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<br>□打撲・捻挫・脱臼<br>□職員の法令違反・不祥事<br>□その他　（　　）<br>死亡に至った場合はその死亡年月日　：　　年　　月　　日 | □異食・誤嚥<br>□その他の外傷<br>□切傷・擦過傷 | □感染症<br><br>□食中毒 |
| | 事故の内容 | | | |
| | 事故の原因 | | | |
| 4 事故発生時の対応 | 対処の仕方 | | | |
| | 治療した医療機関 | （医療機関等・住所・電話番号等） | | |
| | 治療の概要 | | | |
| | 家族への連絡状況 | | | |
| | 連絡済関係機関 | | | |
| 5 事故発生時の対応 | 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 | | | |
| | 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。