

介護保険事故報告書

年 月 日

阪南市長 様

法人名

事業所名

住 所

電話番号

管理者名

記載者職氏名

サービスの種類			
利 用 者	被保険者番号		要介護度
	ふりがな		性 別
	氏 名		生 年 日
			年 齢
住 所		電 話 番 号	
発見時の状況	発生年月日時	年 月 日 () 時 分 ごろ	
	発生場所		第一発見者
	発見時の状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> リハ中 <input type="checkbox"/> レク中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 移動中 <input type="checkbox"/> その他()	
事故の概要	事故の種類	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転倒・転落 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 介護ミス <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 事業所の事故(火災等) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()	
	事故の内容		
事故時の対応	対処の方法		

事故時の対応	治療等を行った 医療機関名	医療機関名				
		所在地				
	治療等の内容 (診断結果も含む)					
事故後の対応	利用者の状態 (入院の有無、 病状、状態等)					
	家族等への 報告・説明	家族等の氏名 (続柄)	()	報告日時	月	日() 時 分
		住 所		電話番号		
	家族等への 報告・説明	対応状況				
		家族等の 理解				
	損害賠償に 関する状況					