別記様式

介護保険事故報告書

　　　　　　　※いずれかにチェック

□ 事故発生時報告　　　　　　 　年　 月　 日

□ 事故後報告 　　　　　　　　　年　 月　 日

米原市長 様

報告者

事業所所在地

事業所名

事業所代表者職 ・ 氏名

サービス提供責任者 氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 住所 | 〒 |
| 要介護度 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 　　　　　歳 |
| 事故の概要 | 発生日時 | 発生日時 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分頃 |
| 発生場所 |  |
| 第一発見者 |  |
| 事故の内容 |  |
| 発生時の対応 | 現場での対応 |  |
| 医療機関受信有無 | □ 有 □ 無(いずれかにチェック) | 受診した医療機関 | 対応医（　　　　　　） |
| 医療機関での治療（処置） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 家族・関係機関等への連絡 | 連絡した家族等氏名・利用者との関係（緊急連絡先確認） |
| □ 氏名・利用者との関係電話番号 | □ 氏名・利用者との関係電話番号 |
| □ 特記事項(説明内容・相手の反応等) | □ 特記事項(説明内容・相手の反応等) |
| 他に連絡した関係機関 |
| □ 関係機関名担当者：電話番号 | □ 関係機関名担当者：電話番号 |
| 事故後の対応 | 利用者の現況 |
|  |
| 再発防止に向けた検討課程・今後の対応等 |
|  |
| 損害賠償等の状況 |
|  |

※ 記載しきれない場合は、別の用紙に記載し添付してください。