

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 | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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） | |
| | <input type="checkbox"/> 氏名・利用者との関係 電話番号 | <input type="checkbox"/> 氏名・利用者との関係 電話番号 |
| | <input type="checkbox"/> 特記事項(説明内容・相手の反応等) | <input type="checkbox"/> 特記事項(説明内容・相手の反応等) |
| | 他に連絡した関係機関 | |
| | <input type="checkbox"/> 関係機関名 担当者： 電話番号 | <input type="checkbox"/> 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。