

介護サービスに係る事故報告書（田布施町提出用）

年 月 日

1 事業所の概要	事業所(施設)名					
	事業所番号					
	所在地	電話番号 FAX番号				
	法人名					
	記載者職氏名	(職名)	(氏名)			
	サービス種類					
2 対象者	フリガナ	-----			被保険者番号	
	氏名				要介護度	支援 1 2 介護 1 2 3 4 5
	性別・年齢	男 ・ 女 (歳)			サービス提供開始日	年 月 日
	住所					
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃 発生・発見				
	発生場所	屋内 () 屋外 ()				
	事故種別・結果 (複数の場合は、 もっとも症状の 重いもの1カ所 にチェック)	<input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む)	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> 感染症・結核等		
		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故		
		<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 外傷なし		
	<input type="checkbox"/> 異食・誤えん	(あざ・内出血・表皮剥離など)				
	死亡の場合、死亡日: 年 月 日 原因: 警察の検証: 有・無					
	事故時の状況、 経緯、対応等					
	事故の原因					
4 発生時の対応	受診日・医療機関	受診日時: 月 日 時 分 医療機関名:				
	治療の概要					
	関係機関への連絡					
5 発生後の状況	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 状況:				
	最終診察・診断 結果					
	家族への連絡、 説明	<input type="checkbox"/> 月 日 時頃 (誰が) が (誰に) に説明済み <input type="checkbox"/> 連絡不要 (身寄りのない方等)				
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 事業所負担 (損害賠償保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください) <input type="checkbox"/> 賠償なし (理由:)				
6 再発防止に向けて の今後の取り組み	事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に記入してください。 「～を検討中」、「見守りの強化」、「職員への周知」などの漠然とした表現は使用不可とします。					