

介護保険事故報告書

(第一報 年 月 日)

(対応報告 年 月 日)

本庄市長 様

報告者 事業所所在地 _____
 事業所名 _____
 責任者名 _____ 印
 担当者名 _____ 電話番号 _____
 サービス種類(事故の発生したサービス事業名) _____

利用者	フリガナ		保険者名		
	氏 名		被保険者番号		
			要介護度		
	住 所		年 齡	歳	
事故の概要	発生日時	年 月 日		時 分頃	
	発生場所				
	第一発見者				
	事故の内容	過去3ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無		有 ・ 無	
事故時の対応	対応の概要				
	受診医療機関名				
	同 所在地				
	家族への連絡の有無	有 ・ 無	連絡者		
	家族への連絡内容	年 月 日、 時 分頃			

⇒裏面もあります

※事故後の対応	利用者の現況			
	再発防止に向けた今後の対応			
	損害賠償等の状況			
家族等氏名		利用者との続柄		
同 住所		電話番号		
<small>居宅介護支援事業所名</small>		担当者名		
同 所在地		電話番号		

※「事故後の対応」は第一報では記入不要です。

注1) 記載しきれない場合は適宜別紙を添付すること。

注2) 複数の当事者が存在する事故については、当事者ごとに報告することを原則とするが、利用者欄以外の記載内容が同じ場合には当事者一覧を添付することにより、一括して報告できるものとする。