（別紙様式第1号）

介護保険事故報告書

作成日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告者（職・氏名） | |  | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 1　事業所の概要 | | 事業所（施設）名 | | | |  | | | | | | | | | |
| サービス種類 | | | |  | | | | | | | | | |
| 2　利用者（事故対象者） | | 氏名 | |  | | | 性別 | |  | | 年齢 |  | 被保険者番号 | |  |
| 3　事故の状況 | ①発生日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　午前・午後　　時　　分頃 | | | | | | | | | | | | | |
| ②発生場所 | □居室　□廊下　□トイレ　□食堂　□風呂・脱衣所　□屋外  □その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ③事故の種類  （該当する爛にレ点） | □利用者の死亡（病死を除く）　□感染症（法定の感染症・疥癬・結核等）  □利用者の負傷（入院・通院治療を要したもの）　□食中毒　□捜索依頼  □その他（具体的に記入：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ④事故の内容  （発生時の状況、経緯、原因等を記載） |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 4　事故時の対応 | ①事故発見者 | 氏名 | | |  | | | | 上記2の利用者との関係 | | | | | |  |
| ②事故発見日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　午前・午後　　時　　分頃 | | | | | | | | | | | | | |
| ③事故発見場所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| ④対処の内容 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤通院又は入院した医療機関名 | 名称 |  | | | | | 住所 | | |  | | | | |
| 5　事故後の対応 | ①利用者の状況  （病状、入院，手術の有無や退院予定等） |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ②家族への連絡・説明の状況 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ③補償の状況 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 6　事故後の再発防止 | ①発生の原因 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ②再発防止対策 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

注1）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付して下さい。

注2）事故発生場所がわかる図面、事故発生当日の職員勤務割表、事故対象者の介護記録を添付して下さい。