

介護保険事業者事故等報告書

保険者名 大 淀 町

報告日： 年 月 日

事業所名等	事業所（施設）名	印 （事業所印の押印をお願いします）		
	所在地	電話番号		
		FAX番号		
	報告者名			
利用サービス (事故が発生したサービスにレ)	☐ 訪問介護	☐ 訪問入浴介護	☐ 訪問看護	☐ 訪問リハビリテーション
	☐ 通所介護	☐ 通所リハビリテーション	☐ 短期入所生活介護	☐ 短期入所療養介護
	☐ 特定施設入居者生活介護	☐ 介護老人福祉施設	☐ 介護老人保健施設	☐ 介護療養型医療施設
	☐ 認知症対応型通所介護	☐ 小規模多機能型居宅介護	☐ 認知症対応型共同生活介護	☐ その他（ ）
入所者（利用者）氏名等		(フリガナ)	性別： 男・女	生年月日： 年 月 日 （ 歳）
事故の概要	事故発生日時	年 月 日 時 分 【 ☐ 介護中 ☐ 食事中 ☐ 入浴中 ☐ 送迎中 ☐ その他（ ） 】		
	発生場所			
	事故の種別	☐ 骨折 ☐ やけど ☐ 感染症等 ☐ 打撲・捻挫・脱臼 ☐ その他の外傷 ☐ 職員の法令違反、不祥事 ☐ 切傷・擦過傷 ☐ 食中毒 ☐ その他（ ） ☐ 異食・誤えん		
	事故発生時の状況	死亡に至った場合はその死亡年月日： 年 月 日		
事故発生時の状況	事業者の対応			
	受診状況	外来 ・ 入院 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	治療の概要			
事故発生後の対応	利用者の状況			
	家族への連絡、説明内容	年 月 日 午前・午後 時 分頃 [方法] 電話・その他 家族の氏名又は続柄：		
	経過	☐ 解決又は終結 ☐ 継続中（内容 ）		
	損害賠償等の状況			
事故原因・原因分析				
再発防止に向けた今後の取り組み方針		(できるだけ具体的に記載すること)		

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。