

事故報告書（事業者→恵庭市）

年 月 日作成

1 事業所の概要	法人名																			
	法人代表者																			
	事業所(施設)名																			
	事業所番号																			
	所在地	電話番号																		
		FAX番号																		
	記載者職・氏名																			
サービス種類																				
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: 歳 性別: 男・女 要介護度:																		
	被保険者番号																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																		
	発生場所																			
	事故の種類 <small>(複数の場合は、もっとも症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 誤薬	<input type="checkbox"/> 感染症・結核																
		<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 離設等	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事																
		<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷	<input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> その他()																
	<input type="checkbox"/> 誤嚥、誤飲食、異食	死亡に至った場合はその死亡年月日: 年 月 日																		
	事故の内容 <small>(経緯を記載)</small>																			
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																		
	治療した医療機関	(医療機関名、所在地、電話番号等)																		
	治療の概要																			
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()																		
5 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)																		
	家族への報告、説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)																		
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している <input type="checkbox"/> 継続している(内容)																		
	損害賠償等の状況																			
6 再発防止に向けての今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)																			

注) 記載欄が不足する場合は、任意の別紙に記入の上、この報告書に添付してください。