

介護保険指定事業者事故等発生状況報告書（事業者→匝瑳市）

令和 年 月 日作成

1 事業所の概要	法人名											
	事業所(施設)名											
	事業所番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	所在地									電話番号		
	記載者職・氏名									FAX番号		
サービス種類 (事故が発生したサービス) ※介護予防含む	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設								
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設								
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設									
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護									
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> その他 ()									
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢:			性別:			要介護度:				
	被保険者番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	住所											
3 事故の概要	発生日時	令和 年 月 日 () 時 分頃										
	発生場所											
	事故の種別 (複数の場合は、もっとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 火傷	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼	<input type="checkbox"/> 裂傷・切傷・擦過傷							
	<input type="checkbox"/> その他の外傷	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 虐待	<input type="checkbox"/> 行方不明、失踪、無断外泊								
<input type="checkbox"/> 集団感染症	<input type="checkbox"/> 死亡事故	<input type="checkbox"/> 誤食・誤嚥・誤薬	<input type="checkbox"/> 職員の不法行為、不祥事等									
<input type="checkbox"/> 利用者の不法行為	<input type="checkbox"/> その他 ()											
死亡に至った場合はその死亡年月日: 令和 年 月 日												
事故の内容 (経緯を記載)												
4 事故発生時の対応	対処の仕方	(事業所での処置、病院等への搬送、家族への連絡等を記載する。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、住所、電話番号等を記載する)										
	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)										
	入院有無: <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> 入院せず											
	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 ()									
	損害賠償等の状況											
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や対象者が複数の場合は、任意の別紙に記入の上、この報告書に添付してください。