

介護保険事業者 事故報告書(伊豆の国市)

□郵送 □第1報FAX 年 月 日

1 事業所の概要	事業所名			
	事業所番号			
	所在地	電話	()	
		FAX	()	
	サービス種類 【事故が発生したサービス】			
記載者職氏名	職名()		氏名()	
2 対象者	氏名		被保険者番号	
	性別・年齢	男・女 (歳)	要介護度	支援 1 2 介護 1 2 3 4 5
	住所		サービス提供開始日	年 月 日
3 事故発生の概要	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃 発生・発見		
	発生場所	屋内() 屋外()		
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> その他⇒ <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん (あざ・内出血・表皮剥離など) <input type="checkbox"/> 他()		
	事故時の状況 (経緯を記載)			
	事故発生の原因			
4 事故発生時の対応	受診日・医療機関	受診日時 : 月 日 時 分 医療機関名 :		
	治療の概要			

注)第1報FAXは1~4までを記入し、対象者はマスクングをしてお送りください。

事故対応の区切りがついたところで 5、6までを記入完成の上、郵送してください。(マスクングは不要)

年 月 日

5 発生後の状況	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 状況:
	最終診察・診断結果	
	家族への連絡説明	<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃(誰が)が(誰に)説明済み <input type="checkbox"/> 連絡不要
	家族の反応	
	損害賠償の状況	<input type="checkbox"/> 事業所負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 利用者負担 <input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中(結果が分かり次第再度報告してください)
6再発防止に向けての今後の取り組み	【事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容等を具体的に記入してください。不適切例……～を検討中……】 見守りの強化……×・職員への周知……× などの漠然とした表現は不可	

注)必要に応じ、中間報告を提出してください。

宛先住所: 〒410-2396 伊豆の国市田京299の6 伊豆の国市 長寿福祉課 TEL0558-76-8009 FAX0558-76-8029

- ☆ 提出の際は記入漏れ(空欄がない)がないことをご確認ください。
- ☆ 事故発生時、ご家族等への連絡及び市への報告は速やかに行ってください。
- ☆ 利用者、家族に対し、事故の原因、再発防止策について十分に説明をしてください。
- ☆ 事故報告書は利用者、家族に積極的に開示し、求めに応じて交付をしてください。