

介護保険事故報告書

八頭町長 様

年 月 日

1 事業所	所在地			
	事業所名			
	管理者職氏名	印		
	記入者職氏名	電話番号		
	サービス種類			
2 利用者(事故対象者)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	歳
	被保険者番号	要介護度		
3 事故の状況	①発生場所	年 月 日 () 時 分頃		
	②発生場所			
	③事故の種類	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡(病死を除く) <input type="checkbox"/> 感染症(法定の感染症・疥癬・結核等) <input type="checkbox"/> 利用者の負傷(入院・通院治療を要したもの) <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 搜索依頼 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反等 <input type="checkbox"/> 個人情報の漏えい(疑いを含む) <input type="checkbox"/> 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 () 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			
5 事故後の対応	①利用者の状況 (病状・入院の有無等)			
	②家族等への連絡 説明の状況			
	③補償の状況			
6 事故の発生防止	①発生の原因			
	②発生防止対策			

注1) 記載しきれない場合は、任意の用紙に記載の上、添付してください。

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