

介 護 保 険 事 故 報 告 書

年 月 日

報告者（職・氏名）				電話番号	— —	
1 事業所	事業所（施設）名					
	サービスの種類					
2 利用者 （事故対象者）	氏 名				被保険者番号	
	住 所				年齢	歳
3 事故の 状況	① 発生日時	年 月 日 時 分頃				
	②発生場所					
	③事故の種類 （該当するものにレ点）	☐ 利用者の死亡（病死を除く） ☐ 利用者の負傷 ☐ 感染症、結核 ☐ 食中毒 ☐ 職員の法令違反・不祥 ☐ その他（ ）				
	④事故の内容 （発生状況、経緯、原因等）					
4 事故時の 対応	①事故発見者	氏 名			利用者との関係	
	② 事故発見日時	年 月 日 時 分頃				
	③対処の方法					
	④通院・入院した 医療機関名					
	⑤治療の概要					
	⑥連絡した関係機関					
5 事故後の 対応	①利用者の状況 （病状・入院の有無等）					
	②家族への連絡状況					
	③補償の状況					
6 再発 防止	①発生の原因					
	②再発防止対策					

※記載しきれない場合は、任意の別紙に記載し、添付してください。