

介護保険事故報告書

平成 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	平成 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）	<input type="checkbox"/> 利用者の死亡（病死を除く） <input type="checkbox"/> 利用者の負傷 <input type="checkbox"/> 感染症、結核 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥 <input type="checkbox"/> 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	平成 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。