

介護保険事業者等事故報告書

北見市長 様

届 出 日 年 月 日

事業者名称及び代表者氏名

(氏名)

印

当事業所（施設）において、次のような事故が発生したので報告します。

1 事業所	事業所(施設)名及び所在地	事業所(施設)名 所在地 電話番号
	サービス種類	
	管理者氏名	
2 事故対象者 (利用者等)	氏名等	氏名 (男・女) 年 月 日生(歳) 住所 被保険者番号() 要介護度() 電話番号 【心身状況】()
	家族等の氏名・続柄	氏名 続柄
居宅介護支援事業所名		
3 事故の概要	①発生日時	年 月 日(曜日) 時 分
	②発生場所	
	③種 別 (該当する□に☑をつけること)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 虐待 <input type="checkbox"/> 骨折・打撲・裂傷 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤食・誤嚥 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症・結核 <input type="checkbox"/> 無断外出・失踪・行方不明 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ()
	④内 容 (経緯、発生状況、事故対象者の状況、原因等を記載)	(発生状況) (原因)
4 事故時の対応	発生時の対応 (応急処置、家族等への連絡状況、医療機関への搬送状況等を記載)	家族への連絡(有・無) 居宅介護支援事業者への連絡(有・無)
5 事故後の対応	①搬送後又は治療後の利用者の状況 (病状、入院の有無等)	
	②家族への対応 (報告・説明)	損害賠償保険の利用(有・無)
6再発防止策・改善点		(記入者)