(別記様式)

介護保険事業者　事故報告書　（事業所→市）

(成田市提出用)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業所の概要 | 法人名 |  | | | | | | | |
| 事業所（施設名） |  | | | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | 電話番号 | | |  | |
| ＦＡＸ番号 | | |  | |
| 代表者職氏名 |  | | | 記載者職氏名 | | |  | |
| サービス種類  （事故が発生したサービス） | □ 介護給付 　　　 □予防給付 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ２対象者 | 氏名・年齢・性別 |  | | 年齢： | | 性別： | | | 要介護度： |
| 被保険者番号 |  | サービス提供開始日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 住　　　　所 |  | | | | | | | |
| 保険者名 |  | | | | | | | |
| ３事故発生時の対応 | 対処の仕方 |  | | | | | | | |
| 治療した医療機関 | （医療機関名、住所、電話番号等） | | | | | | | |
| 治療の概要 |  | | | | | | | |
| 連絡済の関係機関 |  | | | | | | | |
| ４事故発生後の対応 | 利用者の状況 | （病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容） | | | | | | | |
| 損害賠償等の状況 |  | | | | | | | |

注）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ５事故の概要 | 発生日時 |  | |
| 発生場所 |  | |
| 事故の種別  （複数の場合は、もっとも症状の重いもの１カ所にチェック） | |  |  |  | | --- | --- | --- | | □骨折 | □やけど | □感染症・結核 | | □打撲・捻挫・脱臼 | □その他の外傷 | □職員の法令違反、不祥事 | | □切傷・擦過傷 | □食中毒 | □その他（　　　　　　　　） | | □異食・誤えん |  |  | | |
|  | 死亡に至った場合はその死亡年月日：令和　　年　　月　　日 |
| 事故の内容 |  | |
| ６事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取り組み | | （できるだけ具体的に記載すること） | |

注）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。