(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。