吉川市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□速報　　□報告書

報告年月日：　　　　年　　月　　日(1/2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　事業所の概要 | １法人名 |  | | ２ 事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３事業所名 |  | | ４ サービス種類　※該当にレでチェックして下さい。  □居宅介護支援  □訪問介護　□その他(　　　 　　　　　　　　　　　　　　)  □通所介護　□お泊りデイ　　□通所リハ  □短期入所生活介護　　　　　□短期入所療養介護  □介護老人福祉施設　　　　　□介護老人保健施設  □介護療養型医療施設　　　　□福祉用具貸与  □認知症対応型通所介護　　　□認知症対応型共同生活介護  □小規模多機能型居宅介護　　□夜間対応型訪問介護  □看護小規模多機能型居宅介護□定期巡回・随時対応型訪問介護看護  □特定施設入居者生活介護　　□地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | |
| ５事業所所在地 | 〒　　－ | |
| ６電話番号 | －　　　　－ | |
| ７FAX番号 | －　　　　－ | |
| ８記載者氏名 |  | |
| ９職名 |  | |
| ２　利用者 | 10氏名  　（ふりがな） | （ 男 ・ 女 ） | | 11被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日  （　 　 歳） | | 13要介護度 | 要支援　１ ・ ２  要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | | | | | | | | | | |
| 14住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 15対象者の  心身の状況 | ※認知症高齢者日常生活自立度（　　　　）　障害高齢者日常生活自立度（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| ３　事故の概要 | 16事故発生日時 | 年　　　月　　　日（　　）　 午前・午後　　　時　　　分頃　発生・発見 | | | | | | | | | | | | | |
| 17発生場所 | （□施設　□居宅　□その他） | | | | | | | | | | | | | |
| □居室　□ﾄｲﾚ　□食堂　□浴室(□脱衣場・□洗面所)　□階段　□廊下  □訓練室・ﾘﾊﾋﾞﾘ室　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 18事故の種別 | □転倒　□転落　□接触　□異食　□誤嚥　□誤薬　□食中毒　□感染症(ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ等)  □交通事故　□徘徊　□職員の違法行為・不祥事　□その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 19事故結果 | □異常・外傷なし　□骨折(ひび含む)　□打撲・捻挫・脱臼　□切傷・擦過傷　□火傷  □死亡(死亡日：　　年　　月　　日、警察の検証：□有　□無)　□その他(　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 20傷病等の内容 | （入院期間等　　　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 21事故の内容、  　経緯、  　利用者の  状況・現況、  　対応の概要等 | （過去３ヶ月以内の同一被保険者に関する事故の有無:　□有　□無　） | | | | | | | | | | | | | |
| 22事故の原因 | □従業員の直接行為による　□介助中の注意不足による　□従事者の見守不十分による  □福祉用具・施設設備不良　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | |
| 23治療した医療機関の名称・所在地 | |  | | | | | | | | | | | | |
| ※速報としてFAXで提出する場合、「２ 利用者」については個人情報が分からないように塗りつぶしてください。  **⇒裏面もあります** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 報告年月日：　　　　年　　月　　日(2/2) | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ 事後の対応 | 24家族への連絡  ・説明 | □未（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　）　□不要（身寄りのない方等）  □実施済（　　月　　日　　時頃 （誰に説明：　　　　　　　　　　　 　　　）  （説明内容）            （家族からの返答） | | | | | | | | | | | | | |
| 25その他の関係機関への連絡 | □不要　　□未（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □実施済み（どの関係機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 26損害賠償等の状況 | □有（　□完結　□継続　）　□無  □未交渉 | | | | | | | | | | | | | |
| ５その他 | 27事故の要因  　及び再発防止  　のための方策 | （事故の要因）              （再発防止策） | | | | | | | | | | | | | |

※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。

※必要に応じ、中間報告を提出してください。

※速報は事故発生から3日以内を目安に、報告書は2週間を目安に提出してください。

提出先　　吉川市いきいき推進課

　　　　　　〒342-8501　吉川市吉川二丁目1番地1

提出方法　　郵送または持参(※速報については個人情報を塗りつぶすことでFAXでも可)