介護保険事故報告書

あて先　吉川市長

□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 □介護医療院	
	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

介護保険事故報告書

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速やかに、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　健康長寿部　長寿支援課

〒342-8501　吉川市きよみ野一丁目１番地
FAX　048-981-5392

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)