介護保険事故報告書

令和　　年　　月　　日

御代田町長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 提供する  サービスの種類 | □訪問介護　□通所介護　□訪問看護  □介護老人福祉施設  □居宅介護支援事業所  □認知症対応型共同生活介護  □介護老人保健施設  □その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |
| 記載者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | |  | | |
| 被保険者氏名 |  | 要介護度 | | 支援 １・２ 介護 １・２・３・４・５ | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 | | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者住所 | 〒 | | | | | |
| 心身の状況 |  | | | | | |
| 事故発生日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　　分頃　発生・発見 | | | | | |
| 事故発生場所 | （施設　居宅　その他）  居室　トイレ　食堂　浴室（脱衣所・洗面所） 階段　廊下　リハビリ室　その他（　　　　　 ） | | | | | |
| 事故の種別 | 転倒　転落　食中毒　感染症　異食　誤嚥　誤薬　交通事故　徘徊　災害罹災  職員の違法行為・不祥事　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 事故結果 | 死亡　骨折　打撲　捻挫　脱臼　切傷　擦過傷　火傷　異常なし　その他（　　　　　　　　　） | | | | | |
| 受診医療機関名・所在地 | 〒 | | | | | |
| 事故の内容、  経緯、  利用者の状況、  対応の概要 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 事故の原因 | 介助中の不注意　見守り不十分　福祉用具・施設設備不良　従業員の直接行為  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 家族・  その他の関係機関への連絡 | 連絡を取った相手（　　　　　　　　　　　続柄：　　　）　連絡先 | | | | | |
| 説明内容等 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| その他の関係機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　連絡先 | | | | | |
| 説明内容等 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 損害賠償の  有無・経過 | 有　無　未交渉 | | | | | |
| 経過 | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 再発防止策 |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

　※施設内での状況書類を添付してください。