

介護保険事業者 事故報告書

報告先: 上田市高齢者介護課(電話23-6246)

令和 年 月 日

1 事業所の概要	法人名											
	事業所番号											* 左詰で記載
	事業所(施設名)											
	所在地											
	電話番号						FAX番号					
	記載者職氏名	職名			氏名							
	サービス種類 (介護予防含む) (該当サービスに)	居宅介護支援	訪問介護		訪問入浴介護			訪問看護				
訪問リハビリ		居宅療養管理指導		通所介護			通所リハビリ					
短期入所生活介護		短期入所療養介護		認知症対応型共同生活介護								
特定施設入居者生活介護		福祉用具貸与		その他()								
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								
2 対象者名 (利用者名)	氏名	(男・女)		年齢	被保険者番号					要介護度		
3 事故の概要	発生日時	平成・令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃										
	発生場所											
	事故の種別 (該当するものに)	利用者の死亡	利用者のケガ		利用者の骨折							
		食中毒	感染症・結核等		その他()							
	事故の内容 (経緯を記載)											
傷病の程度	全治 日・週間・月 (該当する単位に)の見込み											
4 事故時の対応	事故直後の対応											
	治療した医療 機関名・所在地	病院名										
		所在地				電話番号						
	治療の概要											
	連絡した関係 機関名等	機関名				電話番号						
機関名等	機関名				電話番号							
5 事故後の対応	利用者の状況 (病状・入院の有無等)											
	家族への 報告・説明	報告日	平成・令和 年 月 日 (曜日) 時頃		報告を受けた者の名							
		報告内容										
		家族等の反応										
	第三者行為による損害賠償の有無	有 ・ 無 (該当するものに)										
* 有の場合	保険会社名			電話番号								
6 再発防止の 為の今後の対応												

注1) 記載できない場合は、任意の別紙に記載され、本書に添付してください。

注2) 万が一、職員の法令違反や不祥事が発生した場合は、上田市と協議のうえ報告書を作成してください。