

社会福祉施設等事故報告書（介護保険サービス用）

年 月 日

（あて先）前橋市長

法人名称
代表者

次のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所名 (施設名)		サービス種別 (施設種別)		
事業所在地		電話番号	027-	-
		FAX	027-	-
管理者氏名 (施設長)		記載者職氏名		
事故 対 象 者	氏名	被保険者番号		
	生年月日	年齢・性別	歳（男・女）	
	住所	介護度		
事 故 の 概 要	発生日時	平成 年 月 日（曜日） 時 分 ころ		
	発生場所			
	事故の種別 (該当項目を印)	<input type="checkbox"/> 利用者の負傷・死亡等 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事等 <input type="checkbox"/> 利用者の法令違反・不祥事等 <input type="checkbox"/> 食中毒・感染症 <input type="checkbox"/> 利用者の行方不明 <input type="checkbox"/> 天災等による施設損壊 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	事故の内容 (発見までの経緯、概要、対象者の状況、原因など)			
事 故 時 の 対 応	治療・処置の概要 (応急処置、受診日時、搬送手段、医療機関名、診断名、処置内容など)			
	家族・関係機関への連絡			
事 故 後 の 対 応	利用者の状況 (病状、入院、手術、リハビリなど)			
	家族への報告・説明状況			
	損害賠償等の状況			
再発防止に向けての今後の取り組み				

※事故及び重大な問題が発生した場合は、本様式作成を待たずに、直ちに電話等により市へ連絡してください。

※事故について詳細な記録、図及び参考となる資料がある場合には、併せて添付してください。

※本様式は標準様式です。同様の内容が記載されている他の様式で報告しても構いません。

※記入欄が不足する場合は、適宜項目を拡張するか、別紙に記載してください。