

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) | |
| 事業所所在地 | | 電話番号 | 0 2 7 - - |
| | | F A X | 0 2 7 - - |
| 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 | 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。