

介護保険 事故報告書

年 月 日

(あて先)
大津市長

事業所名 _____
 事業所所在地 _____
 管理者名 _____
 記載者名 _____
 サービス種類 _____
 連絡先 () - _____

事故が発生したため、下記のとおり報告いたします。

利用者情報	被保険者番号	<input type="text"/>	性別	男 ・ 女	
	氏名	生年月日		明・大・昭	年 月 日
				要介護度	支 1 2 介 1 2 3 4 5
	住所	〒			
利用者の心身の状況					
事故の概要	事故発生日時	_____年_____月_____日 (____) 午前・午後_____時_____分頃 発生・発見			
	事故の場所	(例：トイレ、送迎中 など)			
	事故の種類	(例：転倒、誤嚥 など)			
	事故の結果	(例：死亡、骨折 など)			
	事故発生状況	・経緯 ・対応 ・原因 等について			
事後の対応	家族への対応	① _____月 _____日 _____時頃 (誰) に説明済み ② 連絡せず (理由： _____)			
	家族の反応	(トラブル等が発生していないか 等)			
	関係機関への連絡	① 警察への連絡 (した ・ していない ・ 不要) ② 保健所への連絡 (した ・ していない ・ 不要) ③ その他(ケアマネ等)への連絡 (した ・ していない ・ 不要)			

受付印

介護保険 事故報告書

その他	再発防止 のための 方策・改善策	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	損害賠償 等の状況	損害賠償保険を利用 (した ・ していない)
		① 利用した場合 保険会社名： _____ . 保険名： _____ . 賠償（請求）の内容 <hr/> <hr/> <hr/>
② 利用していない場合（理由）		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

追記・補足欄	<hr/>
--------	---