

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

