様式1の2

介護保険サービス提供中の事故発生に係る報告書

報告年月日		令和		年		月		日	報告市町村						
事業所の概要	法人名														
	事業所(施設)名/番号							1	9						
	所在地														
	電話番号	―	―				FAX番号		―	―					
	記載者 職 氏名														
	サービス種類	選択													
対象者	氏名						年齢		歳	性別	選択				
	住所														
	被保険者番号								要介護・要支援度	選択					
事故の内容	発生日時	令和		年		月		日	(　曜日)		時		分		
	発生場所														
	事故の種別 (該当するものにレ点 複数の場合は、最も 症状の重いもの)		骨折		異食・誤えん		職員の法令違反・不祥事								
			打撲・捻挫・脱臼		その他の外傷		誤薬・与薬もれ								
			その他												
		(その他の場合に記入)													
	死亡有無		有		無	(死亡に至った年月日)	令和		年		月		日		
	事故の内容 (経緯を記載)														
事故時の対応	治療した医療機関名						電話番号		―	―					
	医療機関の所在地	市町村					番地								
	治療の概要 「治療を要する期間(見込み)」														
	医療保険名														
事故の原因															
事故後の対応	利用者の状況 (入院の有無、家族 等への報告・説明、 該当箇所にレ点)	入院の有無		有		無									
		家族への報告・説明		有 (令和　年　月　日)			無								
		居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者への報告		有 (令和　年　月　日)			無								
	損害賠償等の状況 (損害保険利用の有無)														
		保険者名				電話番号		―	―						
再発防止に向けての今後の対応(できるだけ具体的に)															

※記入しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ、この報告書に添付してください。