高梁市長　様

報告様式

第１報：　　　　年　　月　　日

第２報：　　　　年　　年　　日

経過報：　　　　年　　年　　日

 　　　　　　　　 介護保険事業者・事故報告書 　 □ 報告完了

 第１報（発生後３日以内）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | ｻｰﾋﾞｽ種類 |  |
| 名　　　称 |  |
| 所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　） |
| 管理者 | 職　　　　　　　　氏　名 |
| 報告者 | 職　　　　　　　　氏　名 |
| 被保険者番号 |  | 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　 年　 月　 日（　　歳） | 要介護度 | 要支援　・　要介護（　　　） |
| 発生日時 | 　　　年 　　　月　　　日（　　 ）　午前　・　午後　　　時　　　分　頃 |
| 発生場所 | □居 室 □廊 下 □トイレ □食 堂 □風呂/脱衣所 □屋 外 □その他（　　　　　　　 　 　） |
| 直前の状況 | □移動中 □移 乗 □立ち上がり □食事中 □その他（ 　　　　 　　　　　　　　　　　　 ） |
| 種　　別 | □転 倒　 □転 落　 □誤嚥/異食　 □失 踪　 □食中毒□感染症等（ 　　　　　　　　　） □その他（　　　 　 ） |
| 事故結果＊最も症状の重いもの | □入 院 □通 院 □死 亡 | □骨 折 □打撲/捻挫 □切傷/擦過傷 □その他（ 　 ） |
| 自立度 | □自立 □J( ) □A( ) □B( ) □C ( ) | 認知者自立度 | □自立 □Ⅰ □Ⅱ( ) □Ⅲ( ) □Ⅳ □Ⅴ |
| 事故の概要(経緯や対応、介護者の有無、関係機関への連絡状況等) | 報告先 | 報告・説明日時 |
| 医師 | 　 / : |
| 管理者 | 　 / : |
| 担当ケアマネ | 　 / : |
|  | 　 / : |
| 保険者 | 　 / : |
| 県民局 | 　 / : |
| 家族：続柄（ 　 ） | 　 / : |
| 第２報（第１報後２週間以内） |
| 第１報後の対応・経過損害賠償 □有（□完結　□継続）　□無　 □未交渉 |
| 事故の原因 |
| 再発防止に関する今後の対応・方針 |

１　介護サービス提供中に事故が発生した場合に、この報告書を提出してください。

２　第２報提出時に事故が完結していない場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを今後の対応・方針欄に記載してください。なお、この様式で記入しきれない場合は別紙に記入してください。