事　故　等　発　生　報　告　書

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

中津川市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長（代表者）名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | サービス種類 |  | | | | | | | 記載者職・氏名 |  | |
| 所在地 |  | | | | | | | 電話番号 |  | |
| 対象者 | 被保険者番号 |  | | | | | 保険者名 | |  | | |
| 被保険者氏名 | 男・女 | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| 要介護度 | 要支援　（　　　）・　要介護　（　　　） | | | | | | | | | |
| 家族等氏名 |  | | | 続　柄 | |  | | 連　絡　先 |  | |
| 事故概要 | 発生日時 | 年　　　月　　　日（　）　　午前・午後　　　　時　　　分 | | | | | | | | | |
| 対象者の状況 | □入院（入院日：　　年　　月　　日　　退院見込：　　　　頃）　□入院外 | | | | | | | | | |
| 発生場所 | □居室　　　□廊下　　　□食堂等ホール　　□トイレ　　□浴室・脱衣室　　□玄関　　□駐車場　　□道路上　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事故の原因 | □転倒　　□転落　　□介護中の負荷　　□誤嚥　　□異食　　□誤薬　　□交通事故  □殴打　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事故の程度 | □骨折（部位：　　　　　　　　　）　□打撲・捻挫・脱臼（部位：　　　　　　　　　）□外傷（　　　　　　　　　　　　）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事故の発生状況 | □介護中　□利用者単独時　□職員の目視可能　□その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 事故等の概要  （経緯や対応状況について時系列で記入して下  さい） | 日　時 | 対応状況 | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
| 対応概要 | 報告状況  （該当する項目のみ記入して  ください） | 報告先 | 報告日時 | | | | | 報告先 | | | 報告日時 |
| 医師 | （ / ） : | | | | | 市(対応者： 　) | | | （ / ） : |
| 管理者 | （ / ） : | | | | | 警察 | | | （ / ） : |
| 担当ケアマネ | （ / ） : | | | | | その他（　　　） | | | （ / ） : |
| 家族等 | （ / ） : | | | | |
| 緊急搬送の有無 | □有（連絡日時　　年　　月　　日　　時　　分　）　　　　　　□無  （搬送日時　　年　　月　　日　　時　　分　）  （搬送先：　　　　　　　　　　　　）　（診断結果：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| **病院等の診断結果** | 病名：　　　　　　　　　　　今後の治療計画： | | | | | | | | | |
| 家族への説明 | 説明状況、内容 | |  | | | | | | | |
| 家族の意見、指摘等 | |  | | | | | | | |
| 再発防止策 |  | | | | | | | | | |
| 今後の対応予定 |  | | | | | | | | | |
| 損害賠償 | □有（予定を含む）　　　□無　　　□未定 | | | | | | | | | |

※事業所独自の報告書がありましたら添付してください。