

# 事故報告書

阿賀町長 様

事業所(施設)名

管理者名

印

報告年月日

年 月 日

1. 事業所の概要									
法人名					代表者名				
事業所番号									
事業所(施設)名					代表者名				
所在地	〒 -					電話番号			
						FAX番号			
担当者氏名					職名				
サービス種類									
2. 対象者									
氏名					性別	男・女	年齢	歳	
被保険者番号									
要支援・要介護度	要支援 1・2				要介護 1・2・3・4・5				
障害高齢者日常生活自立度					認知症高齢者日常生活自立度				
3. 事故の概要									
発生日時	年 月 日( ) 午前・午後 時 分頃								
発生場所									
事故の種別	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥 (複数の場合は重い症状のもの) <input type="checkbox"/> その他外傷 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 死亡に至った場合 死因:( )								
事故の内容	※発生(発見)場所、その時の状況、利用者の状態などを具体的に記載すること(注)								

(注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ本報告書に添付してください。

様式1

4. 事故発生時の利用者及び家族への対応等	
対 処 の 仕 方	※事故発生後の対処方法を経過的に記載すること(注)
治 療 し た 医 療 機 関	医療機関名称
治療の概要(検査・病状・入院の有無)	
利用者・家族・ケアマネージャー等への連絡・説明 (連絡・説明の日時、方法、内容、連絡者、連絡した相手等)	
損 害 賠 償 等 の 状 況	
5. 事故の原因及び今後の改善策	
事故の原因及び今後の改善策	

(注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載のうえ本報告書に添付してください。