

恵那市介護保険事業者事故等（発生・経過・最終）報告書

恵那市長 様

報告年月日

年

月

日

1 事業所の概要	法人名	(代表者氏名)										
	事業所(施設名)名	(管理者氏名)										
	事業所番号											
	所在地	電話番号 ー ー										
		FAX番号 ー ー										
	記載者職氏名											職名：
介護サービス種類												
2 対象者	氏名											年齢：満 歳 性別：□男・□女
												□要支援 1・2 □要介護 1・2・3・4・5
	被保険者番号											サービス提供開始日
住所												
3 事故等の概要	発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ										
	発生場所											
	事故等の種別 (複数の場合は全て)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 窒息 <input type="checkbox"/> 溺水 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他 ()										
		死亡に至った場合は、その死亡年月日： 年 月 日 ()										
	事故等の場所、状況、状態、内容	※										
事故等の原因	※											
4 事故等発生時の対応	事故等に対する対処の仕方	※										
	治療した医療機関	医療機関等の名称： 住所： 電話番号 ー ー										
	治療の概要											
	家族への連絡及び説明状況	※										
	連絡済関係機関	<input type="checkbox"/> 岐阜県介護保険担当 <input type="checkbox"/> ()保健所 <input type="checkbox"/> 他の保険者(市町村) <input type="checkbox"/> 利用者を担当する居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 ()										
5 事故等発生後の状況	利用者の状態、入院の有無、家族への説明状況等	※										
	損害賠償等の状況											
	再発防止に向けての今後の取り組み、改善点	※										

注) 記載しきれない場合は、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。特に※部分は、詳細に記載してください。