

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第1報

令和 年 月 日

諏訪広域連合 広域連合長 様

指定事業者 番号

所在地

名称

管理者の職・氏名

印

被保険者	番号		生年月日・年齢	年 月 日 (歳)
	氏名		要介護度	支・1・2・3・4・5
	住所	〒 電話		
家族等の 連絡先	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 電話		
事故発生日時等	日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
	場所			
	サービス種類	(事故が発生したサービス)		
事故の種別	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 異食・誤嚥 <input type="checkbox"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	(種別が複数の場合は、最も症状の重いもの) 死亡に至った場合はその死亡年月日 令和 年 月 日 時 分			
事故の概要	(発生時の具体的概要)			
事故発生時の対応	対処の時間・内容	(利用者へ行った処置、救急車の要請、管理者や医師への報告等)		
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話、担当医師名等)		
	治療の概要			
	家族への連絡等	(連絡日時、連絡内容、家族の対応等)		
	連絡済の関係機関	(連絡した機関、連絡日時等)		
事故発生後の経過	(この報告までの間)			
報告書作成者	職・氏名		電話	

※ この様式は、諏訪広域連合の区域内に所在する事業所において、諏訪広域連合の介護保険被保険者に対して介護サービスを提供した際に生じた事故について、事故発生後7日以内に事業所の所在市町村介護保険担当課へ提出してください。(提出先の市町村から広域連合介護保険課に回付されます。)

※ 様式2「介護サービス等の提供に係る事故報告書・第2報」については、詳細な経過及び再発防止への対応、改善策等を記載して