

介護サービス等の提供に係る事故報告書・第2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		
事故発生	日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
事故後の 対 応	利用者の状況	(病状・入院の有無等)		
	関係者への説明等 <small>必要に応じ、詳細は 経過記録等に記載し て提出してください</small>	報告・説明先	報告・説明日時	
		管理者	月 日	:
		医師	月 日	:
		居宅介護支援事業者	月 日	:
		本人への説明	月 日	:
		家族への説明	月 日	:
		警察への通報	月 日	:
		保険会社への連絡	月 日	:
		月 日	:	
第1報の報告日	月 日			
家族への説明等	(説明日時、内容、家族の対応等の概要)			
損害賠償等の状況	保険加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	賠償の有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 交渉無) <input type="checkbox"/> 無		
	内容			
再発防止 に向けて の 対 応	事故原因・分析			
	今後の予防改善策			
	職場の長の意見			
	備考 (今後の見込)			
報告書作成者	職・氏名		電話	

1 記入欄が不足するときは必要に応じて別紙に記載し、添付すべき書類並びに資料があれば添付してください。
2 この様式は、様式1に引き続き、事故発生から1ヶ月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。)
3 この報告書提出時に事故が完結していない場合は、「備考 (今後の見込)」欄に現在の進捗状況及び事故完結見込み等も合せて記載