

介護サービス等の提供に係る事故報告書 (短期間で完結した場合)

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)		
事故の種類別	<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)			
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	(事故完結までの経過、利用者の状況等)			
事故後の対応	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			
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日以内に完結した場合のみに使用し、関係書類を添えて事業所の所在市町村介護保険担当