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

サービス種類

管理者の職・氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 番号 |  | 生年月日・年齢 | 年　　月　　日（　　歳） |
| 氏名 |  | 要介護度 | 事／支１・２／介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 |  |
| 事故の種別 |  | [ ] 骨折[ ] 打撲・捻挫・脱臼[ ] 切傷・裂傷・擦過傷 | [ ] 異食・誤嚥[ ] その他の外傷[ ] 感染症・食中毒等 | [ ] 死亡[ ] 職員の法令違反・不祥事[ ] 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 | （病状、入院・手術の有無等） |
| 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 |  |

1　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（市町村から広域連合に回付されます。）

なお、保険者が広域連合以外の利用者に係る事故については、所在市町村に加えて当該利用者の保険者へも報告すること。

2　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、必要資料を添付して**1ヶ月以内**に提出してください。