

事 故 等 発 生 報 告 書

年 月 日

(あて先) 可児市長

法人名  
 施設名  
 施設長(代表者)名

事業所	サービス種類			記載者職・氏名		
	所在地			電話番号		
対象者	氏名	男・女				
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)				
	要介護度	事業対象者・要支援 ( ) 要介護 ( )		保険者名		
事故概要	発生日時	年 月 日 ( )		午前・午後	時 分	
	対象者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 (入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) <input type="checkbox"/> 入院外				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	事故の原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	事故の程度	<input type="checkbox"/> 骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼(部位: ) <input type="checkbox"/> 外傷( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	事故の発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 利用者単独時 <input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	事故等の概要 (経緯や対応状況について時系列で記入して下さい)	日 時	対応状況			
対応概要	報告状況 (該当する項目のみ記入してください)	報告先	報告日時		報告先	報告日時
		医師	( / ) :		市町村	( / ) :
		管理者	( / ) :		警察	( / ) :
		担当ケアマネ	( / ) :		その他	( / ) :
	家族等	( / ) :		( )	( / ) :	
緊急搬送の有無	<input type="checkbox"/> 有 (連絡日時 年 月 日 時 分 ) (搬送日時 年 月 日 時 分 ) (搬送先: ) (診断結果: ) <input type="checkbox"/> 無					
家族への説明	説明状況、内容					
	家族の意見、指摘等					
再発防止策						
今後の対応予定						
損害賠償	<input type="checkbox"/> 有 (予定を含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定					

