

入所者等の行方不明に係る報告書【発生・発見】

↑ 該当項目を○で囲むこと

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		
事案概要	発生日時	年 月 日 ( )		午前・午後	時 分
	対象者の状況	□発見(日時: ) 場所: ( )		□搜索中	
	発見後の状況	□死亡 □入院(入院日: 年 月 日 退院見込: 頃) □入院外 □治療の必要性なし			
	負傷の程度	□骨折(部位: ) □打撲・捻挫・脱臼(部位: ) □外傷( ) □その他( )			
	死亡・負傷の原因				
	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	( / ) :	消防	( / ) :
	家族等	( / ) :	その他 ( )	( / ) :	
	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				