

介護保険事業者 事故報告書（事業者→川西市）

平成 年 月 日

1 事業所の概要	法人名												
	事業所（施設）名												
	事業所番号												
	所在地	電話番号											
		FAX番号											
	記載者職氏名												
サービス種類 （事故が発生したサービス）	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 ※予防サービスを含む 入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人 福祉施設入所者生活介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他									
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢： 性別： 要支援・要介護度：											
	被保険者番号											サービス提供日	年 月 日
	住所												
3 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分 【 <input type="checkbox"/> 介護中 <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 入浴中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他（ ） 】											
	発生場所												
	事故の種別 （複数の場合は、 とも症状の重いもの）	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん	<input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 食中毒	<input type="checkbox"/> 感染症等 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	事故の内容	死亡に至った場合はその死亡年月日： 平成 年 月 日 （感染症等の場合は、疾患名、最初に患者が発生した日、利用者・従業員の発生者数、主な症状） （時刻等もできるだけ詳しく記入すること）											
4 事故発生時の対応	対処の仕方	（医療機関名、住所、電話番号等）											
	治療した医療機関												
	治療の概要												
	連絡済みの関係機関	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 保健所 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
5 事故発生後の対応	利用者の状況	（病状、入院の有無、その他の利用者の状況。感染症等による患者の集団発生の場合は患者数の推移）											
	家族への報告、説明内容	（連絡日時等もできるだけ詳しく記入すること）											
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。（内容 ）											
	損害賠償等の状況												
再発防止に向けての今後の取り組み	（できるだけ具体的に記載すること）												

注）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

市調査結果	
-------	--