

年 月 日

介護サービス事故報告書

北アルプス広域連合長 様

事業所住所
事業所名
代表者名

事故が発生しましたので、下記のとおり、報告します。

利用者状況	氏 名		生年 月日 (歳)	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	被保険者番号			
	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5		
現 住 所 (電話番号)	〒 (TEL)			
事 故 の 発生日時 発生場所	日 時： 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 場 所：			
事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> 利用者間トラブル <input type="checkbox"/> その他 ()			
事故発生 前の状況	利用者状況 (24 時間以内)			

【裏面に続く】

事故発生後の状況	利用者状況（事故発生直後）	
事故直後の医療的及び介護的対応内容		
今後の対応		
家族等との連絡状況	連絡	年 月 日 () <input type="checkbox"/> 午前 時 分頃 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 [連絡者] 氏 名 続 柄 <input type="checkbox"/> 身元引受人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	連絡内容	
	家族等の思い	
予測される状況	(家族等とのトラブル等)	
事故の要因		
再発防止策		