

介護保険事業者 事故報告書

伊勢原市提出用

年 月 日

1 事業所の概要	法人名																																									
	事業所(施設)名																																									
	事業所番号	1	4																																							
	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"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> その他 ()																																								
※介護予防サービスの場合には、相当する居宅サービスを選択してください。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 訪問介護</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 訪問看護</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導</td> <td><input type="checkbox"/> 通所介護</td> <td><input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション</td> <td><input type="checkbox"/> 短期入所生活介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 短期入所療養介護</td> <td><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 福祉用具貸与</td> <td><input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護医療院</td> <td><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護</td> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護</td> <td><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 複合型サービス</td> <td><input type="checkbox"/> 居宅介護支援</td> <td><input type="checkbox"/> 介護予防支援</td> <td><input type="checkbox"/> 第一号事業()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	<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"/> 複合型サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 第一号事業()	<input type="checkbox"/> その他()			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション																																						
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護																																							
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売																																							
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設																																							
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護																																							
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	<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"/> 複合型サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 第一号事業()																																							
<input type="checkbox"/> その他()																																										
2 対象者	氏名・年齢・性別	年齢: 性別: (要支援)状態区分:																																								
	被保険者番号											サービス提供開始日	年	月	日																											
	住所																																									
	保険者名																																									
3 事故の概要	発生日時																																									
	発生場所																																									
	事故の種類 (複数の場合は、もつとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 異食・誤えん <input type="checkbox"/> 誤薬、落薬、与薬もれ <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 医療的ケア関連(カテーテル抜去等) <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> その他()																																								
	受傷原因(外傷のみ)	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 介護行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()																																								
	事故の内容																																									
4 事故発生時の対応	対処の仕方																																									
	治療した医療機関	(医療機関名、住所、電話番号等)																																								
	治療の概要																																									
	連絡済の関係機関																																									
5 事故発生後の状況	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況及び、家族への報告、説明の内容)																																								
	損害賠償等の状況																																									
事故の原因分析及び再発防止に向けての今後の取組み	(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。