介護保険事業者事故報告書　（事業者→熊取町）

※第１報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも５日以内を目安に提出すること
※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

☐ 第1報	☐ 第＿＿報	☐ 最終報告

提出日：　　年　　月　　日

1事故状況	事故状況の程度	☐ 受診(外来･往診)、自施設で応急処置	☐ 入院	☐ 死亡	☐ その他（　　）		
	死亡に至った場合 死亡年月日	年　　月　　日					
2事業所の概要	法人名						
	事業所（施設）名				事業所番号		
	サービス種別						
	電話番号・管理者氏名	電話番号		管理者氏名			
	所在地						
3対象者	フリガナ・氏名 被保険者番号・性別	フリガナ 氏名		被保険者番号		性別：	☐ 男性　☐ 女性
	生年月日・サービス提供開始年月日	生年月日	年　月　日生	サービス提供開始年月日	年　月　日		
	住所	☐ 事業所所在地と同じ	☐ その他（　　）				
	身体状況	要介護度	☐ 要支援1　☐ 要支援2　☐ 要介護1　☐ 要介護2　☐ 要介護3　☐ 要介護4　☐ 要介護5　☐ 自立				
		認知症高齢者 日常生活自立度	☐ Ⅰ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ M				
4事故の概要	発生日時（24時間表記）	年　月　日　時　分頃					
	発生場所	☐ 居室（個室）　☐ 居室（多床室）　☐ トイレ　☐ 廊下 ☐ 食堂等共用部　☐ 浴室・脱衣室　☐ 機能訓練室　☐ 施設敷地内の建物外 ☐ 敷地外　☐ その他（　　）					
	事故の種別	☐ 転倒　☐ 異食　☐ 不明 ☐ 転落　☐ 誤薬、与薬もれ等　☐ その他（　　） ☐ 誤嚥・窒息　☐ 医療処置関連（チューブ抜去等）					
	発生時状況、事故内容の詳細						
	その他 特記すべき事項						
5事故発生時の対応	発生時の対応						
	受診方法	☐ 施設内の医師(配置医含む)が対応　☐ 受診(外来･往診)　☐ 救急搬送　☐ その他（　　）					
	受診先	医療機関名		連絡先（電話番号）			
		所在地					
	診断名						
	診断内容	☐ 切傷・擦過傷　☐ 打撲・捻挫・脱臼　☐ 骨折(部位：　　) ☐ その他（　　）					
	検査、処置等の概要	（診断結果も含めて）					

<table>
<tr><td rowspan="8">6
事故発生後の状況</td><td>利用者の状況</td><td colspan="4">（状態、病状、入院等の有無など）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家族等への報告</td><td>家族等の氏名</td><td></td><td>住所</td><td></td></tr>
<tr><td>報告した家族等の続柄</td><td colspan="3">☐ 配偶者　　☐ 子、子の配偶者　　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>報告年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td></td></tr>
<tr><td>対応状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家族等の理解</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>損害賠償に関する状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>連絡した関係機関
(連絡した場合のみ)</td><td colspan="3">☐ 他の自治体　　☐ 警察　　☐ その他
自治体名（　　）　　警察署名（　　）　　名称（　　）</td></tr>
<tr><td>本人、家族、関係機関等への追加対応予定</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">7 事故の原因分析
（本人要因、職員要因、環境要因の分析）</td><td colspan="3">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="2">8 再発防止策
（手順変更、環境変更、その他の対応、
再発防止策の評価時期および結果等）</td><td colspan="3">（できるだけ具体的に記載すること）</td></tr>
<tr><td colspan="2">9 その他
特記すべき事項</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>