

町受付

## 介護保険事業者事故等報告書

高原町長 殿

報告年月日: 令和 年 月 日

1 事業所		
事業所(施設)名		
事業所番号	(サービス種別: )	
報告者(職・氏名)	連絡先電話番号	
2 利用者(対象者)		
氏名	(M・T・S 年 月 日生( 歳) 性別 男 女	
被保険者番号		
利用(入所)年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
身体状況等	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> J-1 <input type="checkbox"/> J-2 <input type="checkbox"/> A-1 <input type="checkbox"/> A-2 <input type="checkbox"/> B-1 <input type="checkbox"/> B-2 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2
	健康状態(疾病等)	
3 事故の状況		
発生時	令和 年 月 日( 曜日) 時 分	
発生場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 寝室・居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂・談話室 <input type="checkbox"/> 風呂・脱衣所・洗面所 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他( )	
事故の種別	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 誤嚥・誤飲 <input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 利用者間のトラブル・暴力 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> その他( )	
受傷程度	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要医療機関受診 <input type="checkbox"/> 要外来受診 <input type="checkbox"/> 要入院治療 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日: 年 月 日 死亡原因: )	
事故の内容 (発生状況、経緯、原因等を具体的に記載)		
4 事故時の対応		
対処状況		
連絡状況	<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他( )	
通院(入院)した医療機関名、所在地、治療の内容等	医療機関名: TEL 担当医: 治療の内容	
5 事故後の対応		
利用者・家族への対応 ※報告日時・場所・相手・報告の方法・内容等を記載のこと		
損害賠償等の状況		
6 事故の再発防止		
再発防止対策 (具体的に記載)		
検討者	<input type="checkbox"/> 事故防止検討委員会による検討 <input type="checkbox"/> その他( )	

※「事故の内容」「再発防止対策」については、なるべく具体的に記載し、記載しきれない場合は別の用紙に記載し添付してください。