

宇多津

町 あて

法人名

事業所(施設)名

責任者名

印

1 事業所	サービス種類	記載者職・氏名		
	所在地	電話番号	事業所番号	
2 対象者	氏名・年齢・性別	氏名:	年齢:	性別:
	日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度
	被保険者番号	サービス提供開始日		年 月 日
	住所	住所		保険者名
3 事故の概要	発生日時	年 月 日 ( ) 時 分 頃		
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室	<input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> 食堂等ホール <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> その他( )
	事故の原因 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 介護中の負荷 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他( )
	事故の種別 <small>(複数の場合は最も症状の重いもの)</small>	<input type="checkbox"/> 骨折( ) <input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 外傷( ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡年月日:平成 年 月 日)
	発生状況	<input type="checkbox"/> 介護中	<input type="checkbox"/> 利用者単独時	<input type="checkbox"/> 職員の目視可能 <input type="checkbox"/> その他( )
	事故前の利用者の状況	状況		
事故の内容	対応内容			
	ケアプランでの対応 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
4 事故発生時の対応	対処の仕方	状況		
	緊急搬送の有無・時間	<input type="checkbox"/> 有(連絡時間 時 分)(搬送時間 時 分) <input type="checkbox"/> 無		
	治療した医療機関名、住所等	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院		
	診断・治療の概要			
	連絡済の関係機関			
家族への説明	説明の状況、内容			
説明	家族の意見、指摘等			

宇多津

町 あて

法人名

事業所(施設)名

サービス種別

責任者名

印

連絡先

所在市町名

市町

記載者職・氏名

1 対象者	対象者氏名・年齢	氏名:	年齢:	
	事故発生日・報告日	発生日: 年 月 日	第1報報告日: 年 月 日	
2 事故発生後の対応	利用者の状況 (病状・経過、 その他状況)			
	家族の 意見、指摘等			
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 有→(対応内容を具体的に) ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉		
3 再発防止策	検討日時	年 月 日		
	検討会参加人数・職種	人	職種	
	原因分析	利用者の行動 (本人要因)		
		職員の対応 (職員要因)		
		設備等 (環境要因)		
	利用者個人への対応	対応済みの内容		
		今後対応予定の内容 (実施予定年月日)		
ケアプランの変更		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他( )		
事業所全体での対応	対応済みの内容			
	今後対応予定の内容 (実施予定年月日)			

- 介護サービス提供中に事故が発生した場合に、様式1については、事故後発生後3日以内に保険者に提出してください。
- 様式2については、詳細な経過及び再発防止への対応改善策等を記載して事故発生後2週間以内に保険者に提出してください。
- 記載しきれない場合は、記載欄の幅の変更や任意の別紙に記載し、資料があれば添付してください。