

(様式第1号)

伊予市長 様

介護保険事故報告書

(第1報)発生後3日以内

年 月 日

1 事業 所 の 概 要	事業所(施設)名											事業所番号										
	所在地	電話番号 FAX番号																				
	記載者(職・氏名)																					
	サービス種類 (事故の発生 したサービス)	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
2 利 用 者	氏名・住所	氏名											住所									
	被保険者番号・ 年齢等														年齢:	性別:	要介護度:					
3 事 故 の 状 況	発生日時	年 月 日 () 時 分頃																				
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 風呂・脱衣所 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
	事故の種類 (複数場合は 最も重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥・異食 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反・不祥事 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 失跡 <input type="checkbox"/> その他 () (死亡に至った場合はその死亡年月日: 年 月 日)																				
	事故の概要 (利用者の状況等)																					
4 事 故 発 生 時 の 対 応	対処の方法																					
	治療した 医療機関等	(医療機関名、住所、電話番号等)																				
	治療の内容																					
	連絡済みの 関係機関																					
	利用者の状況等																					

注) 記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付すること。