

(様式第2号)

伊予市長 様

介護保険事故報告書

(第2報) 発生後おおむね2週間以内

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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 利用者 | 氏名・住所 | 氏名 | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 事故発生後の対応等 | 利用者の状況 | (病状・入院の有無、その他利用者の状況等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家族への報告説明の内容 | (時期・説明者等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 損害賠償等の状況 | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 完結 <input type="checkbox"/> 継続) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未交渉 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 事故原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 再発防止に向けての今後の取組及び方針 | (※当該事故が完結していない場合は、進捗状況や完結の見込み等について記載すること。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 完結(終了) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。