

介護保険事業者 事故報告書 (横浜市提出用)

郵送 第1報FAX 平成 年 月 日

1 事業所の概要	事業所(施設)名																
	事業所番号	1	4														
	所在地											電話番号 () FAX番号 ()					
	法人名																
	記載者職氏名	職名() 氏名()															
サービス種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他()											▶介護事業指導課宛てにお送りください					
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護											▶高齢施設課宛てにお送りください					
2 対象者	(フリガナ)氏名						被保険者番号										
	性別・年齢	男	・	女	()	歳	要介護度	支援	1	2	介護	1	2	3	4	5	
	住所						サービス提供開始日	年 月 日									
3 事故の概要	発生日時	年 月 日					午前・午後 時 分 頃					発生・発見					
	発生場所	屋内() 屋外()															
	事故種別・結果 (複数の場合は、もっとも症状の重いものを1カ所にチェック)	<input type="checkbox"/> 骨折(ひび含む) <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核等 <input type="checkbox"/> その他▶ <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> その他の外傷 (FAX誤送信・個人情報紛失等含む) <input type="checkbox"/> 異食・誤えん (あざ・内出血・表皮剥離など)											<input type="checkbox"/> 誤薬 <input type="checkbox"/> 急な体調変化 <input type="checkbox"/> 外傷なし <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 徘徊・行方不明 () <input type="checkbox"/> 送迎時の交通事故				
	死亡の場合、死亡日: 年 月 日 原因: 警察の検証 有 無																
	事故時の状況、経緯、対応等																
事故の原因																	
4 発生時の対応	受診日・医療機関	受診日時: 月 日 時 分					医療機関名:										
	治療の概要																
	関係機関への連絡																

注)第1報FAXは1~4(上)までを記入し、対象者はマスクングをしてお送りください。
 事故対応の区切りがついたところで5、6(下)までを記入完成の上、郵送してください。(マスクングは不要) 平成 年 月 日

5 発生後の状況	利用者の状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設・自宅療養 状況:															
	最終診察・診断結果																
	家族への連絡、説明	<input type="checkbox"/> 月 日 時頃 (誰が)が(誰に)に説明済み <input type="checkbox"/> 連絡不要(身寄りのない方等)															
	損害賠償等の状況	<input type="checkbox"/> 事業所負担(保険を利用した場合を含む) <input type="checkbox"/> 利用者負担 <input type="checkbox"/> 負担が生じる状況はなし <input type="checkbox"/> 検討・交渉中 (結果が分かり次第再度報告してください)															
6 再発防止に向けての今後の取り組み	【事故発生後、事業所内で検討の結果、実施する内容を具体的に記入してください。不適切例:~を検討中…、見守りの強化…×、職員への周知× などの漠然とした表現は不可】																

注)必要に応じ、中間報告を提出してください。
 宛先住所: 〒231-0017中区港町1-1 横浜市健康福祉局・介護事業指導課または高齢施設課 FAX:介護事業指導課681-7789 高齢施設課641-6401

→