

瀬戸内市長 様

介護保険事業者・事故報告書（第1報）

第1報（発生後3日以内）

事業所番号		サービス種類	
名称			
所在地			
報告者	職名	氏名	電話 ( )
被保険者番号		氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 ( 歳)	要介護度	支援(1・2) 介護(1・2・3・4・5)
発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃 発生・発見		
発生場所	居室 食堂 訓練室/リハビリ室 廊下/ホール トイレ 浴室/脱衣所/洗面所 屋外 その他 ( )		
事故時の状況	移動中 移乗 立ち上がり 座位 臥床 食事中 その他 ( )		
種別	転倒 転落 接触 誤嚥 <sup>えん</sup> /異食 薬の誤与薬 食中毒 失踪事故 交通事故 不祥事 感染症等 ( ) その他 ( )		
事故結果	1回受診 通院 入院 死亡		
	骨折 打撲/捻挫 切傷 出血 火傷 感染症 肺炎/窒息 様子観察 その他 ( )		
自立度	自立 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症度	自立 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
事故の概要 （経緯や対応、介護者の有無、関係機関への連絡状況等を時系列で記入すること）	報告先	報告・説明日時	
	看護師	／	：
	医師	／	：
	管理者	／	：
	家族：( )	／	：
	続柄：( )		
	担当ケアマネ	／	：
	保険者	／	：

※介護サービス提供中に事故が発生した場合に、この報告書を提出してください。

年 月 日  
報告完了

瀬戸内市長 様

## 介護保険事業者・事故報告書（第2報以降）

第2報（第1報後、おおむね1か月以内）

第1報報告日： 年 月 日

事業所番号		サービス種類	
名称			
報告者	職名	氏名	電話 ( )
被保険者番号		氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 ( 歳)	要介護度	支援(1・2) 介護(1・2・3・4・5)
発生日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分頃 発生・発見
第1報後の対応の概要等          損害賠償： 有（完結・継続）      無      未交渉			
事故の原因			
再発防止に関する今後の対応・方針（法人又は事業所内で協議した内容）			
再発防止協議日：            年    月    日 参加職種：			

※第2報提出時に事故が完結していない場合は、その時点での進捗状況や完結の見込みなどを今後の対応・方針欄に記載してください。なお、この様式で記入しきれない場合は別紙に記入してください。