鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険指定事業者等事故報告書

年 月 日 法人名 事業所番号 代表者名 1 事 事業所名 管理者名 業 所 所 在 地 0 電話番号 FAX番号 概 要 職名 記載者名 氏名 サービスの種類 被保険者番号 氏 名 歳 2 対 住 所 象 者 介護度等 事業対象者(総合事業) 要支援 2 要介護 1 2 3 5 日 時 年 月 日) 時 分 発生•発見 (場 所 利用者のケガ (転倒 ・ 転落 ・ 接触 ・ その他) 職員の法令違反・不祥事 事故の種別 誤嚥 誤薬 食中毒 感染症、結核 その他() 3 事 故 \mathcal{O} 概 要 事故の概要 (経 緯) 利用者の死亡 利用者の骨折 対処の方法 4 事 故 時 機関名 連絡・治療した \mathcal{O} 医療機関 所在地 対 応 治療の概要 5 利用者の状況 事 (病状、入院の有無等) 故 後 だれに: 実施済 いつ: 0 家族への報告・説明 未実施 理由: 対 応 損害賠償の状況 保険を利用 検討、交渉中 賠償なし 6再発防止に向けての対応 (原因の分析及び対応策等) 保険者使用欄