

## 介護保険事業者事故等報告書（事故発生後の対応及び再発防止案）

<input type="checkbox"/> 第__報	<input type="checkbox"/> 最終報告
-------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、 自施設で応急処置						<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日						
2 事業 所の 概 要	法人名													
	事業所(施設)名								事業所番号					
	サービス種別													
	所在地													
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性			<input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者					
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )												
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立											
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M											
4 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況													
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
		報告年月日	西暦		年		月		日					
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他												
本人、家族、関係先等 への追加対応予定		自治体名 ( )                 警察署名 ( )                 名称 ( )												
5 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)												
6 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)												
7 その他 特記すべき事項														