事故報告書

（あて先）花巻市健康福祉部長寿福祉課長 令和 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業所の概要 | | 法人名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | |  |  | |  | | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | |
| 記載者 職 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種類  （該当するサービスに✓） | |  | | 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２対象者（利用者） | | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | |  |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 齢 |  | | | | | 性別 | | |  | | | 利用者サービス利用開始日 | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 要介護状態区分等 | | | | | □要支援１  □要支援２  □事業対象者 |
| ３事故の概要 | （１）日 時 | | | 令和 年 月 日（ ） 時 分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）場 所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）事故の種別  （受傷原因、経緯等について記載すること） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４事故時の対応 | （１）対処の仕方 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）治療した  医療機関 | | | （医療機関名、住所、電話番号等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）治療の概要 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （４）連絡した関係機関名・所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５事故後の対応 | （１）利用者の状況  （病状・入院の有無等） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）家族への報告・説明 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）損害賠償等の状況（損害保険利用の有無等） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６再発防止に向けての今後の対応 | | | | | （できる限り具体的に記載すること） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（報告先）〒025-8601 花巻市花城町９－３０ 花巻市健康福祉部長寿福祉課

電話０１９８－４１－３５７６（514、521） FAX０１９８－４１－１２９９

注）記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、添付すること。

事故処理経過

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月　　日 | | 処　理　内　容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 最終処理結果 | |  |