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 |  |