様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

小川町長　　　　　　　　　宛て

介護保険事業者　事故報告書（事故発生時）

　　　　　　事業者名

代表者・職・氏名　　　　　　　　　　印

下記のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １事業所の概要 | 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 管理者名 |  |
|
| 所在地 |  | 電話番号 |  |
| ２対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  | 保険者名 |  |
| 要介護度 | □要支援１ | □要支援２ | □要介護１ | □要介護２ | □要介護３ | □要介護４ | □要介護５ |
| ３事故の概要 | 発生日時 | 　　　　　年　　月　　日（　　　）　　　　時　　　　分 |
| 発生場所 | 　 |
| 事故の種別 | □骨折 | □火傷 | □切傷・擦過傷 | □打撲・捻挫・脱臼 |
| □その他の外傷 | □異食・誤嚥 | □食中毒 | □感染症・結核 |
| □職員の命令違反、不祥事等 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 | 死亡に至った場合はその死亡年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 事故の内容 |  |
| ４事故発生時の対応 | 対処方法 | □事業所での処置 |
| □病院等への搬送 |
| □家族への連絡 |
| □その他 |
| 治療機関 | 医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 住　　　所 |  |
| 治療の概要 |  |
| 連絡済の 関係機関 |  |

注）記載仕切れない場合は、任意の用紙に記入の上、この報告書に添付してください。