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。